This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

LIBRAIRIE MÉDICALE
CH. BOULANGE
14, Rue de l'Ancienne Comédie PARIS

REVUE

DE

PSYCHIATRIE

10e ANNÉE

1906

BOSTON MEDICAL
DEC 20 1913
LIBRARY

CATALOGUED
DEC 19 1913
J. F. B.

TABLE ANALYTIQUE DES PRINCIPAUX ARTICLES PUBLIÉS DURANT L'ANNÉE 1906

REVUES CRITIQUES :

A. Marie. Le travail dans le traitement des aliénés, 1.

N. Vaschide. Les recherches expérimentales sur les rêves (IV), 45.

H. Colin. Les asiles d'aliénés de la Seine et leur population, 89.

L. Marchand. Contribution à l'étude des lésions cérébrales chez les aliénés, 133.

P. Juquelier. Historique critique de la démence précoce, 177.

L. Picqué. Sur les conditions de l'intervention chirurgicale chez les hypochondriaques *121* (221).

E. Toulouse et **Crinon.** Examen de quelques questions touchant à la responsabilité *165* (265).

M. Olivier. De la paralysie générale sénile, 309.

A. Vigouroux. L'assistance des débiles moraux, 353.

J. Grasset. La psychothérapie totale ou supérieure, 397.

P. Sérieux. Le stage psychiatrique en France et à l'étranger, 441.

F. Pactet. Les aliénés dans l'armée, 485.

MÉMOIRES ORIGINAUX ET OBSERVATIONS :

H. Damaye. Observation de microcéphalie, 26.

J. Levassort. L'ivresse pseudo-rabique, 99.

Lambranzi et **Pianetta.** Recherches sur le reflexe buccal, 148.

A. Vigouroux. Délire de négations et lésions organiques, 154.

J. Ingegnieros. Le langage musical et ses troubles chez les hystériques, 194.

A. Delmas. Pseudo-suicide d'un paralytique général, 200.

J. B. Buvat. L'érotisme dans l'hystérie, *138* (238).

S. Soukhanoff. Sur quelques cas de trouble mental à caractère paranoïde et mélancolique, *178* (278).

P. Gimbal. Des hallucinations obsédantes, 327.

N. Vaschide. Rêves prophétiques liés à la montée du lait, 338.

A. Marie. Nouvelles recherches de l'école écossaise relativement à la paralysie générale, 366.

Toulouse et **Marchand**. Anomalie médullaire et démence chez un épileptique, 371.
G. Bosc. Diabète et troubles mentaux, 416.
H. Damaye. Débilité mentale et sarcome au lobe frontal gauche, 418.
R. Dupouy. Délire conjugal et hallucinations des deux sujets. 461.

LES SERVICES :

F. Pactet. La folie dans les prisons, 263.

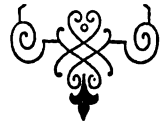
LES CONGRÈS :

I. Ioteyko. Notice sur le 1er Congrès belge de neurologie et de psychiatrie, 30, 66.
H. Pieron. Le XIVe Congrès annuel de l'american psychological association, *185* (285).
Cl. Charpentier et **Kahn**. Le VIe Congrès international d'anthropologie criminelle, *188* (288).
P. Juquelier. Le XVIe Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française (Lille), 376.
H. Piéron. Congrès allemand de psychologie expérimentale de Würzbourg, 467.
Rolet. Le Congrès de Milan pour l'assistance des aliénés, 505.

LETTRES DE L'ÉTRANGER :

P. Ladame. Lettre de Suisse, 99.
E. Perpère. Deux asiles de St-Pétersbourg, 412.
M. Lemos. Les aliénés au Portugal, 502.

SOCIÉTÉS.
REVUE DES LIVRES ET DES PÉRIODIQUES FRANÇAIS ET ÉTRANGERS.
NOUVELLES.
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE MENSUEL, I à XLVIII.



BOSTON MEDICAL
DEC 20 1913
LIBRARY

REVUE CRITIQUE

LE TRAVAIL DANS LE TRAITEMENT DES ALIÉNÉS

Par le Dr MARIE
Médecin en chef de l'Asile de Villejuif

GÉNÉRALITÉS

Les problèmes spéciaux d'assistance, qu'ils se réfèrent aux enfants, aux adultes valides ou malades de toutes catégories (aliénés compris) comme aux vieillards et infirmes sont dominés par un certains nombre de principes généraux toujours les mêmes.

Lorsqu'on s'occupe d'assistance sur un terrain particulier, on arrive à des idées générales que l'on est étonné de retrouver identiques lorsque, par hasard on se trouve ensuite amené à l'étude de problèmes relatifs à des catégories tout autres.

C'est ainsi que les données relatives à l'assistance familiale ou agricole, des aliénés, se trouvent confirmées et corroborées par celles établies par l'expérience faite sur l'assistance de l'enfantce, des adultes infirmes ou de la vieillesse, à l'aide des mêmes méthodes.

Mêmes objections, mêmes résistances vaines, mêmes difficultés d'applications pratiques, mêmes résultats économiques et sociaux, toutes proportions gardées.

Il y a plus, et l'aliéniste qui par les hasards de ses pérégrinations et de ses recherches visité les milieux pénitentiaires d'une part, ou les retraites de vieillards et les placements d'enfants assistés, et les colonies agricoles de sans travail, y retrouve non sans étonnement là des irresponsables adultes évidents incarcérés semblable à beaucoup de pensionnaires d'asiles, ici des enfants anormaux mis en correction, identiques à ceux que l'assistance recueille en ses écoles de réforme ou place en famille, comme moralement abandonnés.

Dans les Hofjes de vieillards Hollandais j'ai vu de nombreux déments hospitalisés, quand j'ai visité la colonie de la Chalmelle, j'y ai retrouvé des épileptiques sans travail que j'avais vu dans les asiles, en m'occupant des demi infirmes des hôpitaux, j'ai constaté que c'étaient les mêmes passe-volants que nos récidivistes du placement volontaire ; en créant la colonisation familiale des vieillards dits simples, je me suis trouvé en face d'un effectif assez semblable à celui de Dun à son début.

C'est que les catégories administratives sont toutes artificielles et que le jeu des forces sociales répartit au hasard de son crible, des assistés identiques dans des cases diverses et sous des

étiquettes variées. De prime abord, on croirait avoir affaire à des assistés différents, et en réalité il n'y a que le traitement qui diffère, mais la matière traitée reste au fond la même.

Ce n'est pas que je veuille voir dans toutes les catégories d'assistés des individus justiciables de l'asile et que je tombe dans l'écueil tant reproché aux aliénistes de voir des aliénés partout. Au contraire, j'estime que souvent beaucoup d'individus placés à l'asile ne sont que peu différents de ceux placés à l'hôpital, à l'asile de nuit et dans les diverses institutions d'assistance ouvertes privées ou publiques ; les uns et les autres sont des déchets sociaux, à propos desquels les mêmes problèmes généraux se posent ; à la solution de ces problèmes les mêmes méthodes générales s'imposent.

— Le principe de la colonisation de travail a été nombre de fois proposé comme la panacée en matière d'assistance. On a voulu y trouver la solution unique et définitive du paupérisme et le moyen rêvé de réadapter à l'utilisation sociale toutes les non valeurs, tous les déchets sociaux.

Envisagée tout d'abord comme colonisation répressive et forcée, cette méthode d'assistance suivit la même évolution que les autres et s'humanisa ; le point de vue économique survint et on se contenta d'y réaliser un mode d'assistance par le travail agricole, sorte d'auto-assistance partielle dégrevant au moins pour une part les institutions charitables.

Primitivement laissées à l'initiative privée comme les établissements, faisant ensuite de l'assistance par adjudication subventionnée par l'Etat pour l'entretien, les colonisations agricoles tendirent peu à peu par voie de rachat ou de remplacement à passer entre les mains des pouvoirs publics.

Enfin, dans une dernière période, la colonisation agricole non plus considérée comme colonie de rendement, mais comme retour à la terre thérapeutique, a été préconisée au point de vue de l'hygiène et de la vie au plein air comme conciliant le maximum de liberté et d'activité saine, sans négliger le point de vue économique passé désormais au second plan.

Ce mouvement centrifuge de la population assistée, (mouvement inverse de celui qui attire des campagnes aux villes les unités actives ou supposées telles), affecte diverses modalités, toutes utiles et répondant à des catégories diverses (chronics blocs extra urbaines, colonies familiales, colonies agricoles et industrielles, asiles fermés, etc.)

TRAVAIL RENDEMENT ET TRAVAIL TRAITEMENT

« Le travail, a dit Parchappe, est plus qu'une loi pour l'homme, c'est un besoin ; on ne peut y soustraire l'aliéné ».

Il s'agit en effet de diriger et rendre utile une activité qui s'use dans une agitation stérile, souvent même nuisible et dangereuse.

L'aliéné placé dans ces nouvelles conditions se transforme. L'habitude du travail apporte l'apaisement dans ses manifestations délirantes et devient le meilleur instrument dans l'introduction de l'ordre et des bonnes mœurs dans les asiles.

Mais le désir d'arracher les malades au désœuvrement, en les soumettant au travail, ne doit pas faire oublier ce principe fondamental que : « Le travail dans les asiles a pour destination principale le bien-être des malades et que ce n'est que subsidiairement qu'il peut être organisé et conçu comme un moyen de production utile ».

C'est malheureusement là un principe souvent méconnu, alors qu'il importerait de distinguer essentiellement le travail traitement du travail-rendement ; ce dernier ne saurait en aucune façon être un but intéressant pour des médecins et des administrateurs d'asiles dignes de ce nom.

Le travail-rendement fait oublier le travail-traitement dans beaucoup d'Asile privés, assistant par traités des malades de la Seine ; on peut même dire qu'il en est de même pour certains asiles publics départementaux qui reçoivent également des malades de la Seine, il est vrai qu'ils en agissent de même pour ce qui concerne leurs assistés directs, c'est-à dire pour les malades indigents de leur propre département, et cela au vu et au su des commissions de surveillances locales qui se désintéressent des malades pour ne s'occuper que des porcheries, cidreries, vacheries et autres accessoires.

L'histoire du travail, considéré comme agent thérapeutique dans les maladies mentales, montre, ainsi que l'a dit Sérieux, que si cette méthode a été un progrès décisif dans l'évolution de l'assistance des Aliénés, appliquée d'une façon exclusive et considérée comme un dogme intangible, elle a pu avoir certaines conséquences fâcheuses : En faisant passer au second plan le traitement médical proprement dit, elle a renforcé le préjugé de l'incurabilité des maladies mentales ; elle a fourni une excuse au nonchaloir thérapeutique, dont si longtemps ont été victimes les sujets atteints de troubles psychiques; elle peut faire perdre de vue la catégorie des sujets curables — ceux atteints de psychoses aiguës — que la nature de leur affection rend inaptes au travail. On peut en arriver ainsi à oublier que l'Asile d'aliénés doit être avant tout un *hôpital pour le traitement des maladies du cerveau*. C'est une conception dangereuse que de considérer l'Asile comme dépôt de chroniques incurables et dangereux ou, dans l'appréciation la plus favorable, comme une

colonie de travail, cette conception s'est, en effet, trop souvent imposée d'une façon exclusive à l'opinion publique, aux autorités administratives et aux aliénistes eux-mêmes.

Comment après cela s'étonner que des chefs d'ateliers, que des agents du personnel des services généraux, économes compris, et certains directeurs administratifs de nos asiles, confondent travail-rendement et travail-traitement. A vrai dire, à l'heure actuelle tout est à faire pour l'organisation médicalement comprise du travail thérapeutique dans nos Asiles.

Les chefs d'ateliers n'étant pas soumis au même mode d'enseignement technique et au diplôme, ignorent tout des soins et de la surveillance que réclament nos malades. Ils affectent parfois de n'avoir aucun rapport avec les médecins ou leurs surveillants, il est difficile de leur transmettre des recommandations spéciales comme d'obtenir d'eux des rapports intelligents sur l'évolution de la maladie, relativement à la réadaptation active habituelle ou à une occupation entièrement nouvelle.

Si cette adaptation ou cette réadaptation sont délicates et lentes, nécessitent des encouragements du chef d'atelier ou de ses aides, on court le risque qu'ils ne soient pas donnés; se méprenant sur la nature maladive du cas, on prend pour mauvais vouloir ou incorrection des lubies de malades que l'on renvoie sans explication, alors qu'un faible effort aurait guidé les premières reprises d'activité et rallumé des aptitudes éteintes.

On préfère, dans ces ateliers, les alcooliques et les chevaux de retour, évadeurs ou chipeurs, qui s'entremettent pour les envois de lettres clandestins, les commissions délicates, apports d'objets ou boissons défendues, voire même d'objets dangereux. Pour ce faire, la complicité des ouvriers auxiliaires du dehors ou leurs négligences inqualifiables sont de précieux encouragements.

L'un de nous a dû faire congédier un ouvrier du dehors qui refusait de se conformer aux recommandations des infirmiers lui signalant des outils dangereux à mettre hors de portée des malades; ce n'était pas son affaire, disait-il, et il oublia sur la porte une clef de quartier qu'il avait faite contre tout droit.

Dans ces conditions, le médecin peut en arriver à se désintéresser des conditions de travail sur lesquelles il manque de renseignements et qui échappent à son autorité.

Certains chefs d'ateliers ont pu en arriver à correspondre avec les médecins chefs de service suivant un protocole d'égal à égal qui montre bien l'idée bizarre qu'ils se font de leur importance. D'autres ont affecté parfois de ne pas connaître les médecins de leur asile.

Quand il s'agit de désigner des chroniques tranquilles et

inoffensifs pour la colonie familiale, les représailles commencent et il devient impossible d'obtenir des réparations des ateliers sous prétexte qu'on veut leur enlever tous les travailleurs. Or, nombre de malades utilisables se morfondent dans les quartiers, parce qu'on ne fait rien aux services généraux pour les éduquer à une réadaptation utile.

Le remède residerait dans le passage préalable obligatoire des agents des services généraux par les services médicaux et la nécessité de l'obtention du diplôme pour leur avancement tout comme pour leurs collègues. Ce retour à un traitement égal comporterait aussi comme corollaire la suppression des mesures de faveur dont les agents des services généraux sont souvent l'objet de la part des directeurs (au point de vue, par exemple, des congés, des heures restreintes de présence, des gratifications exceptionnelles, d'avancements scandaleux et d'absence de soumission à l'autorité médicale indispensable.)

Le travail des aliénés doit donc exclure toute idée de spéculation et devenir un moyen de traitement dans l'esprit de ceux qui le dirigent, sous-employés, directeurs, économes, etc.

OBJECTIONS CONTRE LE TRAVAIL-TRAITEMENT

Mais il y a plus et nous devons nous arrêter un instant à l'examen d'une objection préalable soulevée contre le travail traitement.

Je veux parler de la thèse soutenne tout récemment, au Ier Congrès belge de neurologie et psychiatrie, par M. le Dr Cuylitz, rapporteur de la question du travail dans la thérapeutique des maladies mentales. M. Cuylitz, en effet, rejette également la possibilité scientifique d'une thérapeutique mentale fondée sur le travail ; pour lui, « le meilleur exercice est le repos ».

M. Cuylitz, dans son travail, semble établir une opposition formelle entre l'aliéné et le normal, entre le malade et l'individu guéri ou convalescent, entre les perturbations psychiques et somatiques (p. 9), entre les sphères passives et actives de la mentalité.

Cependant, nous savons que les mêmes lois s'appliquent à l'état physiologique et à l'état pathologique, ce dernier n'étant différent du précédent que par l'intensité des manifestations phénoménales.

Entre le normal et le malade aliéné, il y a toutes les transitions intermédiaires possibles que l'un parcourt pour devenir le second, pour repasser en sens inverse par les mêmes transitions insensibles quand il revient à la guérison. Si l'acte moteur correspond à une dépense d'énergie *matérielle* (?), l'acte de

perception sensitive ou sensorielle, l'acte volitionnel, l'acte d'association, d'enregistrement et d'accumulation aussi. Penser, c'est *se retenir* d'agir, comme dit Setchenoff, et aucune de nos manifestations psychiques n'est possible ou complète si elle ne combine des images motrices à d'autres images.

Le psychisme normal ou pathologique a pu être considéré avec raison comme un réflexe réduit à ses deux tiers.

Se figurer un fait, c'est se le représenter mentalement en quelque sorte, se le mimer intérieurement, s'en esquisser à soi-même les mouvements (Féré).

« Il y a déjà une sorte de motilité, dit Colard, dans ces mouvements de ces membres intérieurs par lesquels nous remuons les matériaux de nos pensées et qui sont véritablement les organes de l'intelligence ».

... Ces organes sont, dans la folie, susceptibles de paralysie, de convulsions, de contractions, comme les autres organes du mouvement extérieur.

C'est que les réactions psycho-motrices sont indissolublement liées aux images mentales ; il est donc possible, en agissant sur la sphère motrice, d'agir sur la sphère psychique.

La vie psychique commence dans les organes des sens (impressions par les excitations des milieux environnants) et rejaillit au dehors, en son courant perpétuel, par l'intermédiaire des organes du mouvement ; c'est la réduction du psychisme au mécanisme général de l'action réflexe, or de quel droit dénier à la deuxième partie de ce phénomène une importance au moins égale à la première ?

A l'état normal, chacun sait et sent fort bien l'utilité des détentes motrices dans l'allégement de certaines tensions psychiques émotionnelles ou autres ; la nécessité psychique de la coordination et de l'application des détentes motrices à un but intéressant l'esprit, est non moins évidente.

De quel droit dénier en bloc la possibilité de semblables utilités dans l'ordre d'idée des émotions et phénomènes psychiques d'origine morbide?

Il n'y a pas que le travail rebutant et fatiguant, il y a un travail agréable, et reposant pour l'esprit, suivant Fourrier il pourrait et devrait toujours être tel, même pour les normaux si la société était mieux organisée.

Là ou le médecin est juge et maitre d'organiser le travail thérapeutique pourquoi ne s'orienterait-il pas suivant ces conditions propices ?

Qu'est-ce que le travail dans son sens général, si ce n'est la réaction optima de l'organisme vis à vis des milieux, et le mode d'adaptation par excellence de notre organisme à la vie extérieure.

Quand l'organisme devient malade, le travail vital ne cesse pas et la persistance de ce travail ne nuit pas, au contraire, à la lutte de l'organisme pour reprendre son équilibre. De même que la persistance du travail intérieur si je puis dire, (fonctions organiques diverses) est loin d'être incompatible avec la lutte *pro vita*, et par suite avec la tendance au retour vers la santé, de même ne saurait on proscrire les réactions centrifuges aboutissant à la reprise du travail musculaire coordonné par rapport au milieu ambiant.

Bien entendu personne ne songe médicalement parlant à préconiser le travail irréalisable d'ailleurs, d'un stuporeux, d'un maniaque aigu ou d'un anxieux, mais si l'on raye le travail-traitement de l'arsenal thérapeutique sous prétexte qu'il n'est applicable qu'après la phase d'état de l'affection mentale, il faut aussi rayer tous les moyens médicaux applicables à l'accélération et à la reprise des coordinations psychiques.

Si la thérapeutique n'avait sa raison d'être qu'à la période d'augment, il n'y aurait pas de thérapeuthique réparatrice en médecine, ce serait la restreindre aux prophyllaxies.

Or même en médecine générale, le médecin arrive toujours tard, et quand le mal est fait, il faut réparer les dégats, mettre en ordre les fonctions désorganisées par la maladie et régulariser les rythmes éteints, éduquer en compensation certains centres complémentaire de ceux lésés ou détruits, etc.

Comme socialement chaque unité humaine pour être rendue à son milieu doit être susceptible d'un certain travail de réadaptation, il importe au psychiatre thérapeute d'orienter en ce sens son orthopédie psychique ; c'est en celà que le travail traitement est sa pierre de touche, à la fois son moyen et son but.

Cependant l'auteur précité qui dénie au travail une action thérapeutique réelle, reconnait l'appétit sensitif (oubliant l'appétit moteur), il concède que sentiments et passions peuvent être influencés par un agent psychique, tel que le travail mais selon lui cette influence ne peut-être le plus souvent que néfaste, « de tous les moyens de diversion conclue-t-il, le travail est peut-être le plus dangereux parce qu'il sollicite des activités d'organes excités ou affaiblis à qui seul le repos convient. »

L'alitement serait-il donc la panacée unique de toutes les maladies mentales, du commencement à la fin de leur évolution?

C'est ce que semble conclure également en effet M. Cuylitz lorsqu'il dit qu'en thérapeutique mentale le meilleur exercice est le repos, c'est là une conclusion simpliste qui suppose un seul mécanisme psychopathique par déficit des centres nerveux alors qu'il en doit exister par hyperkinésie auxquels un exercice réglé et médicalement surveillé est indispensable.

Mais c'est reconnaitre implicitement l'importance de la sphère motrice que de se rallier à la suspension des détentes musculaires, de l'alitement thérapeutique.

On ne saurait sérieusement dénier qu'il soit des cas, et très nombreux, où le réveil et le réglage des actions motrices ne soit à la différence des précédents expressement indiqué aussi. C'est à l'indication rapide de ces cas que je passerai sans plus m'attarder à la question préalable humoristiquement posée par notre confrère belge.

Je répète qu'il ne saurait être question d'opposer le travail-traitement à l'alitement ; l'un et l'autre ont leurs indications nettes, et tel malade qui aura tiré de l'alitement rigoureux le plus grand bienfait pourra ensuite utilement être soumis au travail térapeuthique gradué convenablement et scientifiquement; mais la mise en œuvre de ce dernier est bien plus délicate et, je le reconnais aussi, beaucoup moins bien tracé encore dans la thérapeutique moderne où l'empirisme règne encore si souvent en maître.

Tout d'abord, il est certains malades que l'on peut occuper dans l'intérieur de leur quartier ; il n'en est pas un, fût-ce même celui des turbulents, où l'on ne puisse trouver un nombre suffisant de malades capables de coopérer aux principales occupations courantes qu'engendrent les nécessités du service.

Dans l'hôpital-asile pour le traitement des aigus, le service intérieur doit néanmoins être complètement assuré par des infirmiers en nombre suffisant, et il est préférable que l'exclusion des malades auxiliaires enlève toute tentation aux infirmiers de faire faire leur travail par les malades qu'ils sont chargés de surveiller.

L'organisation du travail dans cette première catégorie d'asiles peut être faite à titre de traitement, comme vérification de la solidité de l'état de convalescence ou à titre d'essai pour les malades sur le point d'être évacués non guéris, mais dont il importe de conserver un état de demi validité et d'amélioration relative à la sortie.

Le travail dans tous ces cas doit être accepté par le malade sans contrainte et on doit consulter ses goûts, ses préférences et ses aptitudes antérieures. Cependant il est des cas où une véritable aptitude nouvelle peut se déceler non pas que la psychose l'ait pu faire naître mais il se peut que les conditions antérieures de la vie n'aient pas permis d'y donner libre cours C'est ainsi que j'ai vu plusieurs malades se mettre à dessiner qui n'avaient antérieurement jamais pu suivre ce penchant qui existait cependant en eux depuis longtemps. Un grand nombre de leurs travaux sont parfois inventés à l'asile par suite de ce

besoin inné de l'homme de donner une direction à ses aptitudes manuelles et de donner des empreintes originales aux objets qui l'entourent ; il y aurait en dehors de l'intervention favorable du médecin de curieuses manifestation spontanées de ce genre à collectionner, qui prouvent bien qu'il y a là un besoin véritable et une voie où la nature guide en quelque sorte l'initiative du médecin qui sait voir.

Les palimpsestes des asiles ne seraient pas moins intéressants à analyser que ceux des prisons que Lombroso a pu interroger avec fruit.

Ces manifestations de l'activité humaine, sont en effet communes aux prisons et aux asiles, parce que dans l'un et l'autre de ces établissements les pensionnaires sont maintenus, confinés et que des causes analogues produisent des effets semblables. La même floraison de menus objets confectionnés à l'aide des substances courantes, mie de pain, papier, cire, terre glaise, bois blanc, bouchons, gravures sur les poteries, les briques, les carrelages, les enduits des murs, panneau de porte, etc. Klecsographie, découpages, modelages et broderies, enluminures de vitres, barriolages d'étoffes, combinaisons inattendues de vêtures, pailles tressées, pierres taillées, etc., etc.

Ce sont là autant de voies variées par lesquelles se manifeste ce besoin d'activité musculaire et d'expression, du cerveau malade comme du cerveau normal.

Le médecin n'a donc souvent qu'à cultiver une tendance, à favoriser une réaction à l'état naissant et à l'orienter dans un sens utile, en fournissant des moyens moins grossiers de mise en œuvre, car ces manifestations ont ceci de très particulier qu'elles s'affirment en dépit du manque total de moyens et l'aliéné, comme le prisonnier se livre souvent à de vrais tours de force et à des trouvailles quasi géniales pour satisfaire son désir de réaliser ces sortes de « chefs-d'œuvre » par lesquels s'affirme quand même, le besoin de travail psychomoteur.

Mais à part ces productions spontanées, essentiellement variées et celles que le médecin suscite, guidé par leurs indications, il est un mode d'expression et une forme de travail simple dont la plupart des malades s'acquittent volontiers et réclament même parfois comme une faveur. C'est l'expression de leurs pensées formulées par écrit.

La plupart des malades aiment écrire et dans l'immense majorité des cas il est excellent pour eux de le pouvoir faire. Quand on a quelque chose à dire tout le monde sait l'impression de soulagement physique et psychique, de satisfaction réelle qu'on éprouve à l'avoir pu exprimer à sa satisfaction. Le

malade est de même et son état morbide s'allège d'une partie de ses irradiations émotionnelles et autres, du fait de l'irradiation motrice graphique centrifuge.

Les graphomanes sont l'illustration de cette vérité, leur graphomanie augmente d'intensité avec la phase ascendante de leur excitation. Leurs réactions graphomaniaques retardent ou même parfois évitent des réactions plus facheuses ; en tous cas elles les précèdent toujours et souvent les annoncent assez longtemps à l'avance, de sorte que le travail d'écriture auquel se livrent ces malades, avec tant d'assiduité souvent, est doublement utile. Il contrebalance le courant centripète des excitations morbides hallucinatoires ou autres, il rend le malade moins irritable et permet de surveiller ses propensions à des réactions dangereuses qui sont toujours d'avance inscrites dans ses écrits, si l'on a la patience de les parcourir avec assez d'attention.

On me dira que c'est beaucoup demander à un médecin que de vouloir qu'il lise toutes les élucubrations de ses malades ; mais le nombre des individus les plus sujets à caution est restreint et on ne doit pas reculer devant ces lectures qui, avec les conversations, sont le seul moyen de scruter le processus psychopathique en cours.

Les lettres de plaintes, celles de menaces, celles de grâce, ou les dithyrambes célébrant une apothéose mégalomaniaque, exercent chacune sur la mentalité qui les exprime une influence particulière.

L'humanité dès ses débuts a inventé la prière parlée ou écrite comme une plainte consolante, autosuggestion d'un secours possible, c'est aussi une détente émotionnelle, un phénomène d'arrêt vis-à-vis des souffrances et chocs moraux ultérieurs, en même temps que l'aboutissant en lequel se résolvent et s'apaisent les douleurs du passé et du présent ; le délirant comme le croyant tire profit de ces détentes motrices, verbales ou graphiques ; il faut donc encourager les malades à écrire comme à dessiner, à peindre, à modeler, à façonner les menus bibelots que leur inspire leur fantaisie.

Les amulettes, les fétiches et grisgris qui consolent le sauvage et le primitif, agissent de même chez nombre de malades.

La musique peut être chez les malheureux malades qui en sont capables un mode d'expression utile, mais il doit être particulièrement surveillé en raison du choc en retour auditif et de la réaction secondaire possible.

On peut reprocher aux travaux d'écritures et à la composition des mémoires, des souvenirs par les malades, d'être difficiles à surveiller, et modérer, par crainte de fatigue et surmenage cérébral.

A ce point de vue, le travail manuel collectif est meilleur, mais il n'est pas indispensable que tout le monde s'acquitte du même genre de travail bien qu'en atelier commun.

L'influence de l'imitation et de l'exemple est un puissant adjuvant pour déterminer les essais des malades dans cette voie de la reprise des coordinations motivées.

A ce point de vue, il est parfois bon d'envoyer certains malades dont on pressent le réveil proche possible, assister au travail des autres en simples spectateurs surveillés. Qu'il soit laissé à leur portée de quoi s'occuper eux-mêmes et on verra souvent le malade esquisser de vagues tentatives qui se pourront préciser par la suite. L'intervention du médecin et de ses aides pour encourager le malade, tenir sa main hésitante au début, sont alors bien utiles.

Il se passe là ce qui se passe en certains cas de refus d'aliments où, si l'on maintient à portée du malade les aliments nécessaires, il finit par se décider à les prendre à l'imitation de ses voisins. Dans l'alitement, l'influence suggestive du silence et du calme des alités déjà domptés, agit incontestablement sur l'entrant agité, de même l'atelier peut aider à réveiller l'aptitude au travail.

Mais, dans l'atelier, l'atmosphère confinée est un inconvénient notable que le travail au plein air évite; ce dernier est possible en groupe pour en pouvoir tirer les mêmes avantages de suggestion imitative. Mais avec les malades de provenance urbaine, l'adaptation aux travaux de plein air est plus difficile et exige une attention plus délicate à obtenir des chefs de travaux extérieurs, outre que la surveillance est plus compliquée et les fuites faciles hors des enceintes fermées.

Le problème n'est toutefois pas insoluble avec des infirmiers intelligents qui montrent eux-mêmes l'exemple et consentent à prendre pour eux la partie difficile du travail et laissent aux malades la participation accessoire facile. Tels sont les travaux de herbages, de râtissage des graviers de cours, de tondages de gazons, de cueillettes de légumes et fruits, de sarclages de plantes, de fanage, balayage de feuilles, etc., des ouvriers des villes s'y mettent très vite et, dans bien des asiles de province, les meilleurs travailleurs agricoles sont d'anciens parisiens. Les soins aux animaux ont le don fréquent d'intéresser beaucoup certains malades misanthropes ou déprimés qui s'attachent aux bêtes, mais en deviennent jaloux et veulent s'en occuper à l'exclusion de tous autres. L'élevage de basse-cour où, sous une mode plus simple, d'oiseaux de cage, occupe utilement de nombreux malades de nos asiles; beaucoup de quartiers ont des volières dont les nids sont surveillés avec une

sollicitude extrême par les malades voisins. Je n'ai jamais vu, même aux agités, les oiseaux touchés par les plus turbulents.

Les nichées de chats se multiplient dans les asiles de façon effrayante pour les mêmes raisons et, comme les écoliers internés, les aliénés élèvent dans leur tiroir de tables de nuit ou dans des boîtes d'occasion, des bestioles variées : souris, hannetons, lézards, chenilles, etc.

Dans ce cas, il y a non seulement éveil de l'activité, mais aussi de l'affectivité.

Ce dernier point n'est d'ailleurs pas incompatible avec l'emploi aux élevages d'animaux de consommation : dans un asile rural, je me rappelle avoir vu des malades employés aux volaillers, aux porcheries et aux clapiers de lapins qui s'attachaient à ces offices tout en comprenant leur but pratique. Cela ne les empêchait pas d'affectionner les bêtes élevées jusqu'à l'heure de leur trépas envisagé par eux sans émotion ; mais ce sont là des occupations déjà complexes et supposant le plus souvent une éducation rurale antérieure.

Dans l'ordre d'idée des mouvements les plus simples et exigeant le minimum d'attention et d'effort, les promenades en groupe dans le jardin de l'asile, voire même hors l'asile en surveillance spéciale, les excursions avec collations en plein air forment l'intermédiaire entre la distraction et le travail-traitement, les mouvements rythmiques de gymnastique collective sur commandement dans les cours de quartiers peuvent être utilisés comme pour les arriérés enfants, malgré l'apparence un peu caserne que cela donne, mais qui ne messied pas en principe, à la condition que l'infirmier de cour qui s'acquitte de cette direction des mouvements le fasse sans contrainte, ni paroles trop impératives rappelant les allures du sous-officier, qu'ils ont trop souvent tendance à prendre en ce cas vis-à-vis des malades. Ceux de ces derniers, ayant été militaires d'ailleurs, se plient très bien à ces exercices d'assouplissement par une sorte de mémoire automatique ; les exercices de chant en chœur sont de même à recommander, les jeux de cour rappelant ceux des lycéens sont également recommandables et, en Ecosse, les jeux de tennis, foot-ball, etc., sont courants à l'asile ainsi que les jeux de disques sur la glace l'hiver.

Certains malades se livrent d'ailleurs spontanément à de véritables mouvements gymnastiques stéréotypés qui semblent une sorte d'autothérapie par des détentes motrices en rapport avec telle ou telle obsession hallucinatoire ou hallucination obsédante.

Des états atténués de manie peuvent être ainsi susceptibles de mouvements coordonnés et prescrits par le médecin. Leur

exécution utilisera un besoin de mouvement inhérent à une excitation cérébrale moyenne qui s'en trouvera mieux supportée et comme atténuée par une sorte d'élimination motrice du dynamisme psychique.

Des états dépressifs, au contraire, se modifieront par le réveil moteur qui peut aider à sortir le malade de son engourdissesement physique et psychique. L'hypothermie, l'hypotension, tous les ralentissements fonctionnels ont été bien mis en lumière par Marcé, dans ces états ; les mouvements musculaires ne peuvent à la période de retour qu'accélérer les rythmes organiques insuffisants, et comme la pensée est intimement liée aux images motrices, le mouvement musculaire suscitera le réveil des associations psychiques. Le sens musculaire peut stimuler le psychisme du malade comme celui du normal ; l'écueil est dans le réveil et l'exacerbation possible des conceptions délirantes, mais ce n'est pas l'action motrice à laquelle seraient imputables, dans l'espèce, les conceptions morbides réveillées ; elle ne serait que la pierre de touche permettant de scruter le fond mental et, à ce titre, son application serait encore utile, sinon comme action curative, au moins comme mode d'examen ; en effet, une tendance délirante latente n'est pas plus grave parce qu'on a trouvé un réactif susceptible de la décéler : le stuporeux qui manifeste un délire à l'occasion de mouvements provoqués ou de réactions suscitées par le médecin, peut même s'en trouver mieux ; après une période d'acuité il y a en pathologie mentale des conceptions délirantes de retour, si l'on peut dire, comme il y a des râles crépitants de retour à l'expiration chez un pneumonique convalescent. C'est une phase critique pouvant se dénouer heureusement et il faut bien qu'elle soit compatible avec une reprise de la motilité coordonnée à un degré quelconque ; sans quoi il faudrait vouer les malades à l'immobilité définitive, pas plus qu'en matière chirurgicale, l'immobilisation ne saurait ici être conçue avec exclusivisme et l'atrophie d'un cerveau dans l'inaction est aussi fatale que celle d'un membre que l'immobilisation exagérée ankylose.

L'activité mentale elle-même a donc aussi sa part et doit être mise en œuvre. Le traitement par le travail peut concilier l'action somatique correspondant au travail musculaire passif ou automatique et l'action morale plus spécialement marquée dans le travail intellectuel.

Ce dernier n'est possible qu'à un petit nombre de cérébraux et nécessite une surveillance individuelle expresse.

Cependant j'ai encouragé et vu tirer profit de l'accession de quelques malades peu instruits à des cours du soir élémentaires

pour apprendre à lire et écrire ou pour l'enseignement des infirmiers. Presque chaque année, des malades de la Seine suivent les cours des écoles d'infirmiers et plusieurs ont même passé le diplôme depuis la création des cours. J'en connais qui, depuis la sortie, ont aussi adopté avec succès le métier de garde-malade grâce à cela.

Un malade à bouffée délirante de persécution, d'un tempérament nerveux très irritable, a préparé à l'asile, avec des livres d'occasion, le baccalauréat ès sciences et l'a passé avec plein succès, étant encore interné (envoyé en permission *ad hoc*). Depuis, son activité cérébrale, mieux coordonnée, ne s'est plus démentie ; il est sorti, a préparé successivement sa licence, puis son doctorat. Il le passera, j'en suis certain, à souhait. Ce travail suivi le préserve de spéculations intellectuelles hasardeuses, qui ne manqueraient pas de le faire de nouveau aboutir à des réactions insolites. Les exercices, en quelque sorte automatiques et collectifs de la vie militaire ou monastique conviennent à beaucoup de déséquilibrés qu'on y peut utiliser à condition de les considérer pour ce qu'ils sont ; beaucoup d'anciens enfants des écoles de correction et de réformes ou des services d'anormaux et arriérés se classent à l'époque de la puberté, grâce à la vie militaire qui les encadre et les utilise.

Beaucoup d'anciens débiles du service de M. le Dr Bourneville ont fait de bons soldats et j'ai souvent envoyé aux conseils de revision des débiles non délirants que leur conformation physique permettait d'incorporer à la condition de les recommander spécialement à l'attention de leurs chefs et des médecins militaires. L'ancienne armée professionnelle utilisait beaucoup de ces têtes brûlées que la Légion étrangère recueille encore. Ils y font parfois grande figure et leurs incartades étaient naguère appréciées à leur vraie valeur pathologique par les vrais conducteurs d'hommes de l'ancienne armée d'Afrique [1].

Sans irrévérence, on peut dire que bien des règles monastiques ont prévu en quelque sorte l'assistance collective d'insociables déséquilibrés que la vie du couvent enlevait à la vie courante pour laquelle ces sujets n'avaient pas d'aptitudes. Un aumônier d'asile me soutenait, non sans quelque raison, que ce mode d'assistance en valait peut-être d'autres en ce qu'il internait ces malades de leur propre mouvement et les vouait au célibat volontaire.

La série des plans des chartreuses, soumise aux congressistes de Grenoble lors de leur excursion au couvent, rappelait à plusieurs les dispositions d'asiles pavillonnaires, aux cellules

[1] Voir ma précédente étude sur la folie à la Légion Etrangère.

d'isolement disséminées ; on montre même dans le cimetière de l'abbaye les tombes de moines hors cadres, qui furent notoirement des aliénés confiés au couvent.

M. Cuylitz oppose l'hypnotisme à l'action modératrice du travail, mais le travail est un moyen psychothérapique qui peut mettre en œuvre les suggestions favorables à l'état de veille et le cerveau moteur peut réagir sur le cerveau sentant et pensant à la façon de l'aimant ou d'un courant attractif de coordination salutaire et d'associations utiles. Le fait constaté de la plus fréquente tuberculisation des aliénés non travaillant dans un même asile ainsi que la plus grande mortalité des aliénés par tuberculose dans les asiles dépourvus d'exploitations agricoles est encore un argument de plus, bien qu'accessoire, à la nécessité du travail traitement au plein air pour les aliénés en général.

Y a-t-il lieu de restreindre la position de la question du travail des aliénés aux folies simples (manie, mélancolie, délires hallucinatoires ou généralisés, folies névrosiques et dégénératives ou morales). Nous ne le pensons pas et ne voyons aucune raison d'exclure en principe de cette thérapeutique les folies toxiques ou infectieuses, les folies organiques et les états démentiels ou de dégénérescence par arrêt de développement.

M. Cuilitz exclut même finalement (p. 15) les folies épileptiques et morales, en sorte qu'il n'y aurait que les manies et mélancolies franches et les bouffées hallucinatoires polymorphes à envisager selon lui. Ce sont précisément les cas que nous excluerions dans leur phase aiguëe du moins.

Mais les arrêts de développement se traitent, et Bourneville l'a démontré après Segain et tant d'autres. Le fonctionnement cérébral favorisé par une orientation médico-pédagogique appropriée, améliore l'organisme et le complète ; le redressement des dégénérés vicieux relève également d'un entraînement où le travail-traitement évite l'oisiveté favorable à la floraison des vices et perversions morales.

Les intoxiqués de toute sorte éliminent plus vite et mieux toxines et toxiques par les combustions musculaires au grand air ; leurs poumons et leurs téguments exhalent ainsi les toxiques mieux que dans l'inaction du lit dès que l'état général le permet. Chacun sait que les travailleurs des muscles et du plein air supportent longtemps des doses d'alcool qui assommeraient vite les casaniers inactifs.

L'épilepisie, qui est si souvent d'origine toxique endogène ou exogène, subit de même l'heureuse influence de la vie active au grand air, les malades le reconnaissent souvent et le graphique des crises le montre bien si on compare les phases de vie confinée ou au dehors ; l'hiver qui tient ces malades à l'inté-

rieur s'accompagne généralement d'une plus grande fréquence des accès.

Quant aux démences, il faut encore distinguer celles qui sont irrémédiables de celles qui sont stationnaires, partielles, c'est-à-dire localisées en tant que lésions suppléables et compensables par la suite à l'aide d'un développement des centres cérébraux subsistants.

Les déments précoces sont éminemment améliorables et susceptibles d'une adaptation au travail simple et toujours le même ; ils peuvent se stéréotyper dans un travail utile comme ils se stéréotypent d'autres fois dans l'automatisme inutile spontané. C'est là un résultat qui n'est pas à dédaigner. De vieux délirants systématiques font de même et des obsédés chroniques aussi. Enfin les paralytiques généraux sont fréquemment améliorés au point d'entrer en remissions longues et l'hygiène d'un asile bien organisé, réglant les occupations de ces malades sans fatigue ne saurait y être négligée.

On sait que les auteurs anglais ont décrit une *asylum démentia*, causée par la perte prolongée du contact des normaux. C'est que l'asile comporte une entrave aux réactions courantes de la vie sociale avec ses mille adaptations solidaires. Les mêmes occupations de la vie quotidienne par lesquelles on s'entr'aide en menant à bien la popote familiale, la tenue du logis, la préparation des commodités de toutes sortes, l'entretien du foyer de chauffage, de la vêture, de la propreté, de l'aération, etc., tout concourt dans la famille à réveiller ces adaptations d'ancienne date, dernières par conséquent à s'effacer. Aussi, dans l'assistance familiale voit-on souvent de vieux piliers d'asiles, inertes jusque là, se réveiller en colonie, au contact des nourriciers et participer de nouveau à leur existence au point de former ainsi un contraste frappant avec leur absence de réactions dans le milieu artificiel et anormal de l'asile fermé.

Dans les sections de convalescents ou de chroniques non dangereux, il n'y a donc pas d'inconvénients à ce que les dortoirs et réfectoires soient entretenus avec l'aide des malades indigènts, de même que les jardins. C'est de l'école ménagère pratique.

Une autre catégorie de malades trouvent à exercer leur profession en travaillant dans les ateliers de divers métiers, qui doivent toujours exister dans les grands établissements.

Mais, pour l'immense majorité, il faut trouver une occupation qui, par son importance en même temps que par sa simplicité, puisse s'adapter à toutes les capacités, sans qu'il soit besoin d'un apprentissage ni d'une attention soutenue. C'est à ce besoin que correspond la culture maraîchère de l'asile-ferme. C'est ainsi qu'elle est généralement organisée dans la plupart des asiles.

Dans la Seine, le travail au grand air des exploitations maraîchères est peu développé, autant par l'insuffisance précitée des chefs de cultures que par l'absence d'éducation préalable des malades internés. Elle est cependant, pour le médecin qui la peut surveiller étroitement, un puissant adjuvant thérapeutique, en même temps qu'une excellente pierre de touche pour le classement des chroniques à évacuer sur tel ou tel asile industriel, agricole ou hospice d'impotents. Dans les asiles ruraux, ces travailleurs peuvent être logés dans le bâtiment commun, où ils reviennent chaque soir et pour les repas.

Inversement, dans les services de chroniques, les travailleurs sont logés à la ferme même, sans pour cela échapper à la surveillance médicale indispensable. L'asile proprement dit reste occupé par les impotents, par les entrants récemment évacués des asiles d'aigus et encore en observation, enfin par les affections intercurrentes. (Exemple d'Alt. Scherbitz.)

Dès lors, le travail devient la règle, et les résultats qu'on en obtient, tant au point de vue moral qu'au point de vue matériel, sont pleins d'enseignements. L'aliéné se transforme comme l'asile s'est transformé lui-même. L'ordre et le calme règnent, et un des résultats les plus inattendus est que, parmi les plus actifs et les meilleurs travailleurs, figurent bon nombre de ceux qui, jusqu'alors, avaient passé pour intraitables et incapables d'application. L'exemple les a entraînés et, au lieu de l'agitation continuelle à laquelle ils étaient en proie, au lieu des vociférations, des injures et des menaces qu'ils proféraient sans cesse, on est témoin de l'apaisement de leur désordre, comme si le travail auquel ils sont soumis et qu'ils finissent pas rechercher eux-mêmes avait produit une dérivation salutaire.

Ceux qui se montrent les meilleurs travailleurs sont souvent les délirants chroniques. Il est vrai qu'il faut les stimuler, car ils resteraient volontiers dans l'inaction la plus complète.. Mais, une fois formés au travail, ils font preuve d'une docilité et d'une régularité parfaites. Si, à la vérité, ils n'ont pas l'activité et l'entrain, ils ont plus d'égalité dans l'action automatique.

Les épileptiques eux-mêmes, bien que la nature de leur maladie ne permette pas qu'on les occupe indistinctement à tous les travaux, sont employés très utilement dans des circonstances déterminées, et lorsque la marche et les allures de leur affection sont bien connues.

Pour les faibles d'esprit, les imbéciles et les idiots, le degré d'intelligence dont ils disposent rend leurs aptitudes très variables ; tandis que les uns sont incapables de la moindre application, d'autres peuvent devenir de bons ouvriers. Si nous exceptons les incapables, les enfants, les vieillards, tous les aliénés peuvent sans difficulté être soumis au travail.

Cependant l'aptitude au travail ne marche pas parallèlement avec la nature du trouble intellectuel; car, tandis que certains délirants sont, malgré leur délire partiel et la persistance de leurs hallucinations, d'infatigables travailleurs, d'autres refusent obstinément et de parti pris de s'occuper à quoi que ce soit. Ceux-ci ne se démentent pas; jamais ils ne consentiront à rendre le moindre service, et on les trouve dans leurs quartiers, seuls et oisifs, pendant que leurs compagnons sont à leurs occupations. D'autres sont capricieux et mobiles, mécontents partout; on ne peut les déterminer à se fixer au moindre travail. D'autres enfin sont sujets à caution. Pour eux, travailler c'est sortir de leur quartier où la surveillance n'est jamais en défaut, et où ils n'ont aucun espoir de s'y soustraire. Une fois dehors, ils étudient quels sont les points où la surveillance est moins active: à force d'ardeur et de bonne volonté, ils inspirent confiance à leurs gardiens, et un beau jour ils s'évadent. Cependant un gardien expérimenté sait reconnaître ces fausses ardeurs; il étudie son malade, l'épie et le signale. Ceux-là aussi ne se guérissent jamais de l'idée de l'évasion, quoi qu'ils paraissent, quoi qu'ils promettent, il ne faut jamais les abandonner. Ils forment une classe particulière parmi les travailleurs. Qu'on les emploie, mais jamais là où la surveillance ne peut être parfaite. Il y a donc lieu, même parmi les malades calmes et faciles, de faire une distinction basée sur l'aptitude au travail et la confiance qu'ils peuvent inspirer.

D'ailleurs la crainte des évasions ne doit pas être exagérée; un asile sans évasions n'est pas un bon asile, disait Foville : il ressemble trop à une prison.

L'organisation du travail peut donc être préconisée dans un but thérapeutique, même pour les présumés incurables. On ne peut méconnaître son influence favorable sur la diminution du désordre mental, et, lorsqu'il ne détermine pas la guérison, tout au moins apporte-t-il l'atténuation des manifestations délirantes. Si l'utilité du travail se bornait à l'influence curative, son importance serait restreinte, car les malades susceptibles de guérison ne constituent qu'une portion de la population des asiles; mais son influence se fait surtout sentir chez les aliénés chroniques, et devient pour eux une source de bien-être, soit qu'on l'envisage comme moyen hygiénique propre à entretenir la santé, soit comme un moyen moralisateur, apportant le calme et le repos et éloignant de leur esprit malade la tristesse et l'ennui. Et puis on peut dire que l'asile de chroniques, en raison du très grand nombre de malades incurables qu'il reçoit et doit garder, pour ainsi dire indéfiniment, a pour destination principale d'être un refuge pour ces malheureux que la société

rejette de son sein. Ne faut-il par leur créer une existence nouvelle, aussi douce, aussi large que peut le comporter leur état? Pour eux aussi, le travail doit donc être organisé, leur bien-être étant aussi étroitement lié que celui des autres hommes à l'observation de la loi du travail.

En France, des tentatives nombreuses ont été faites ; la plus ancienne colonie de ce genre est celle de Saint-Luc (Hautes-Pyrénées). En 1869, 37 hectares de terre y étaient cultivés, et on y élevait en même temps les vers à soie grâce à des plantations de mûriers alors florissantes (Dr Auzoui. A. M. P., juillet 1869).

Des colonies familiales ont été aussi organisées dans les Vosges.

Le défaut capital de toutes ces tentatives chez nous, c'est qu'elles s'appliquent à tous les malades (aigus et chroniques) indistinctement et ne repose pas sur une sélection complémentaire préalable indispensable,

Entrer dans une telle voie serait un recul, alors qu'on doit tendre au contraire à la spécialisation des services et au classement détaillé des malades.

Comme le dit M. Reinach dans son projet de loi revisée : « Les établissements publics devront comprendre des quartiers annexes, distincts pour les épileptiques d'une part et pour les idiots et les crétins ».

L'idéal serait de grouper les aliénés par diagnostic et ensuite par degré d'instruction et niveau social. Ainsi on leur créerait un milieu convenable tout à fait propice à l'organisation d'un travail agréable et fructueux.

Nous nous contenterons de rapprocher ici les principes formulés par les médecins aliénistes français en plusieurs circonstances.

Les dépenses pour l'entretien d'une telle colonie peuvent-elles être couvertes par le produit du travail des malades ?

Girard des Cailleux tendrait à le prouver dans son travail (*Spécimen du budget d'un asile d'aliénés*, 1855). Auzoui, de Saint-Luc, et Belloc (d'Alençon), pensent de même.

Lunier, Parchappe et Ferrus réclamaient la création de colonies agricoles avec asile central.

En France, il faut bien le dire, le système de l'annexion aux asiles de domaines culturaux assez vastes pour occuper tous les malades susceptibles de travail est suivi depuis fort longtemps, mais avec cette différence qu'il n'y a pas le dédoublement essentiel de l'asile.

L'exploitation d'une ferme offre, dans ce sens, les meilleurs avantages; car le travail des champs est facile, salubre; il exige

peu d'attention, aucun effort intellectuel et peut s'appliquer, sans grand apprentissage, à la plus grande partie des aliénés qui d'instinct ont, en général, une prédilection marquée pour les travaux au grand air.

Un bénéfice complémentaire qu'on en peut obtenir en général est le profit qu'on réalise en mettant les terres exploitées, par une main-d'œuvre nombreuse et des engrais abondants, dans des conditions exceptionnelles de fertilité.

La ferme permet d'avoir, sans intermédiaire, le lait, les œufs, les fourrages et d'entretenir sans grand frais les chevaux et les équipages nécessaires à tout grand établissement. Quant aux autres produits de la grande culture, ils sont insignifiants si on les compare à ceux de la culture maraichère, bien plus profitable au point de vue économique.

Les colonies d'aliénés ont l'incontestable avantage de démontrer que beaucoup de ces malades, sont moins dangereux qu'on ne le suppose, elles prouvent qu'on peut, sans nuire à la sécurité de tous, leur donner une somme de liberté plus grande que celle qui leur est généralement accordée, mais un esprit inexpérimenté peut seul voir dans ce mode d'organisation une méthode également applicable à toutes les catégories d'aliénés. « La colonie dit avec raison M. J. Falret, peut convenir aux aliénés arrivés à une période avancée de chronicité, qui sont généralement tranquilles et inoffensifs, qui ne présentent que de loin en loin des paroxysmes d'agitation, et qui n'exigent ni des soins ni un traitement assidus, ni des moyens de répression énergiques.

Griesinger critiquant les dépenses considérables faites et à faire pour les asiles fermés, estime aussi que pour beaucoup de malades chroniques, cause de l'encombrement, il était préférable de les installer à la campagne dans une colonie agricole, ce qui fut plus tard réalisé (1876 à Alt-Scherbitz Saxe) après avoir été fait en France à la ferme Sainte-Anne, en 1828, par Ferrus, à Fitz-James, par les frères Labitte, et aussi à Leymes (Lot), (1837). »

Enfin, à Lyon, la colonie du Perron donne les meilleurs résultats pour les épileptiques.

Dans la Seine, grâce à l'initiative du Docteur Bourneville, l'assistance médico-pédagogique des épileptiques enfants est assurée en même temps que celle des jeunes idiots ; mais, outre le mélange des deux catégories de malades, on peut critiquer l'absence d'établissement spécial pour les adultes épileptiques et arriérés, qui sont placés avec les autres pensionnaires des asiles, aliénés aigus et chroniques, sans organisation spéciale du travail, ni pour les uns ni pour les autres.

M. Belloc, ancien médecin-directeur d'Alençon, partisan de ce mélange, soutenait qu'il suffisait d'une colonie agricole assez grande pour assister tous les aliénés d'un département et l'exonérer complètement des dépenses nécessaires à cette assistance.

On ne peut admettre la proportion de 75 pour 100 de travailleurs, affirmée par cet auteur, qu'à la condition d'une sélection préalable qu'il rejette ; encore est-ce avec ce correctif que le travail des aliénés n'équivaut guère en moyenne générale qu'au cinquième de celui des ouvriers ordinaires.

Dans ces conditions, nous ne voyons pas comment, dans la ferme indépendante comme l'entend l'auteur, tous les malades seraient employés fructueusement.

A ne compter que les 25 pour 100 d'inoccupés qu'il admet lui-même, il serait nécessaire de créer des conditions spéciales d'habitation et de placement non prévues dans une colonie de ce genre.

L'existence d'un asile, serait-il réduit à un pavillon d'infirmerie, s'impose ; dès lors la colonie n'est plus indépendante, mais annexée.

D'autre part, les inspecteurs généraux français (Rapport de 74) ont fixé les limites extrêmes de l'extension des colonies agricoles. Elles doivent comprendre en moyenne 10 hectares par cent malades (15 pour les hommes, 5 pour les femmes) ; au delà, on n'en pourrait tirer qu'un bénéfice insuffisant par rapport au prix d'achat (moins de 5 pour 100). Tels sont les résultats de l'expérience faite en France sur une grande échelle.

Au Congrès international d'assistance publique (89), à la suite d'un rapport très étendu de M. Kéraval et d'une discussion à laquelle ont pris part MM. Rhodes, Bagenoff, Ch. Féré, Charpentier, les conclusions suivantes, proposées par M. Magnan, ont été adoptées :

1° L'asile doit être considéré comme un instrument de guérison et de traitement ;

2° A côté de l'asile, les *colonies agricoles* et l'assistance familiale doivent être développées le plus largement possible, pour obvier à l'encombrement des asiles ;

3° Le médecin traitant indiquera les catégories de malades qui seront en état de jouir de l'assistance familiale et surveillera les colonies agricoles.

Le Congrès international de médecine mentale (89), après une lecture de deux mémoires de MM. Baume et Taguet, suivie d'une discussion de MM. Charpentier, Falret, Christian, Féré, Delasiauve, Vallon, Labitte, Soutzo, Cullère, a émis le vœu qu'il soit établi des colonies agricoles et des sociétés de patronage des aliénés, dans tous les pays, quand ce sera possible.

Les colonies agricoles devront être à proximité et *dépendantes* des asiles d'aliénés [1].

Dans le rapport fait au sein de la la Société médico-psychologique, dès 1865, sur la question de l'encombrement des asiles, M. J. Falret formulait les principaux remèdes préconisés, sous forme de quatre propositions principales :

1° *Création de fermes agricoles enclavées dans les grands asiles ou simplement annexées, dont les constructions, l'organisation et les réglements donneraient aux aliénés plus de liberté relative, plus de bien-être et un genre de vie plus rapproché de celui de l'homme en société ;*

2° Placement de quelques aliénés choisis par le médecin dans le voisinage des grands asiles, chez des paysans, des infirmiers ou des habitants des villages voisins, *sous le contrôle du médecin-directeur*. (C'est là à peu près ce que les Anglais appellent le « cottage system », que l'on peut subdiviser en deux parties selon que ces habitations isolées sont situées dans l'enceinte même de l'asile ou au dehors) ;

3° Création de villages d'aliénés pour les malades incurables et inoffensifs ;

4° Séjour de certains aliénés dans leurs propres familles

[1] Conclusions. — *Première proposition.* — Les asiles publics sont destinés à recevoir *en traitement* ou *en observation* les aliénés curables et les aliénés ou idiots dangereux. La durée de la période de traitement ou d'observation est laissée à l'appréciation du médecin en chef.

Dans un délai de cinq ans à partir de la promulgation de la loi, les départements devront créer, sous le nom de colonies agricoles, des annexes *distinctes*, quoique *dépendantes* et aussi rapprochées que possible des asiles publics, pour y déverser les aliénés ou idiots valides, paisibles, et ayant achevé, à l'asile leur période de traitement ou d'observation.

Ces colonies agricoles, qui relèveront de l'Administaation de l'asile, seront placées sous les soins immédiats d'un médecin adjoint, d'un agent comptable, d'un chef de culture et de préposés en nombre suffisant.

Deuxième proposition. — A l'asile, comme à la colonie, le travail des aliénés sera développé sur la plus vaste échelle, dans un triple but d'hygiène et de traitement, d'ordre et d'économie, d'assistance et de patronage.

Le montant de la vente et le montant de l'évaluation des produits réservés à la consommation de la colonie ou de l'asile seront attribués comme suit :

Un dixième aux pécules des aliénés travailleurs ;

Un dixième au fonds de réserve à créer pour l'œuvre du patronage, et les huit autres dixièmes au profit de l'asile, pour amortir les frais de fondation de la colonie et diminuer, ensuite, les charges de l'Assistance.

Il sera créé dans chaque département une société de patronage (avec membres correspondants dans chaque commune) chargée de suivre et au besoin d'assister à domicile les aliénés indigents, en faisant appel aux subventions publiques et aux ressources de la charité privée. Les aliénés indigents sortant des asiles seront assistés à l'aide de leurs pécules et du fonds de réserve ci-dessus mentionné.

Troisième proposition. — Pour assurer l'exécution fructueuse de la loi et le contrôle de toutes les parties du service des aliénés, l'inspection générale comprendra : un inspecteur général résidant à Paris et neuf inspecteurs régionaux répartis dans les départements. Ces postes seront réservés, à titre d'encouragement et de récompense, aux directeurs et médecins en chef d'asiles qui se seront le plus distingués dans l'exercice de leurs fonctions.

(*Congrès international de médecine mentale : Assistance et patronage des aliénés. — Colonies agricoles. — Inspecteurs généraux, par M. le docteur* Baume).

avant leur entrée dans les asiles, *ou mieux, après y avoir résidé plus ou moins longtemps*, lorsque le médecin de l'asile juge possible de les renvoyer chez eux comme inoffensifs ou incurables, moyennant une rétribution annuelle.

Enfin, M. le Dr Dagonet, dans son étude sur les réformes à introduire dans le régime des aliénés, rappelle que Ferrus comme Esquirol ont insisté sur la nécessité du travail ; ils ont fait remarquer que dans toutes les maisons, en France comme à l'étranger, où les aliénés ont été soumis à un travail manuel, les guérisons ont été plus nombreuses. Aussi faut-il varier les moyens de travail pour les proportionner aux forces physiques et aux habitudes des malades. Des ateliers doivent être institués pour que chacun puisse choisir le métier qui lui convient.

Un asile-colonie ne sera organisé d'une façon convenable qu'à la condition de posséder de ce côté les ressources nécessaires, le travail en plein air, celui des fermes, des jardins, des ateliers pour les menuisiers, les serruriers, les cordonniers, les tailleurs. Pour les femmes, en dehors des occupations de ménage, les travaux de couture doivent être encouragés ; quelques autres industries peuvent être établies : métiers à coudre, broderie, etc.

Le principe de la colonisation de travail pour les aliénés chroniques paraît clairement adopté par la majorité des aliénistes compétents, cette colonisation ne semble pouvoir être *indépendante* mais doit être *annexée à un asile ;*

C'est le parti auquel le département de la Seine s'est rallié dans son projet de colonisation agricole pour débiles et imbéciles adultes et pour épileptiques valides.

A Chezal-Benoît l'ancienne abbaye constituera un asile-infirmerie fermé autour duquel se dissémineront de multiples pavillons de travailleurs groupés par catégories au nombre de 50 environ sur une superficie culturale de 300 hectares.

C'est d'ailleurs là une application nouvelle du principe déjà mis en œuvre à Altscherbitz dans les asiles-fermes américains (asile Willard, de Kulamakos et du Massachusett), Italiens, Anglais, Russes, Allemands et en Autriche-Hongrie.

Je résumerai brièvement ici les vues générales de Belloc sur les asiles-fermes.

(Les asiles d'aliénés transformés en centres d'exploitation rurale, moyen d'exonérer en tout ou partie les départements des dépenses qu'ils fontpour leurs aliénés en augmentant le bien-être de ces malades, et en les rapprochant des conditions d'existence de l'homme en société.

RÉSUMÉ

1° Par rapport aux aliénés :

La ferme-asile renverse les murailles de l'asile actuel qui désolent et révoltent les aliénés pourvus d'énergie et qui accablent ceux qui en manquent.

Elle permet ainsi aux premiers de dépenser utilement leur activité ; elle incite les seconds à secouer leur torpeur ; elle combat les idées délirantes de tous en fixant leur attention, en attirant leur pensée en dehors d'eux-mêmes, et les met par là sur la voie de la guérison. Elle remplace la séquestration habituelle de tous par la séquestration temporaire de quelques-uns.

A moins de circonstances exceptionnelles et transitoires, elle rend à l'aliéné le souvenir et les habitudes saines de sa vie antérieure en le plaçant sans barrière au milieu des champs. En stimulant l'aliéné au travail par l'attrait combiné de l'amour-propre et de l'espérance du bénéfice, elle fait disparaître toute idée de contrainte et le rapproche ainsi de l'état de liberté.

En transformant l'aliéné de salarié en sociétaire elle l'intéresse au succès de l'œuvre, elle l'élève à ses propres yeux et lui donne le sentiment de sa valeur personnelle et de sa dignité.

En l'associant par le travail à ses compagnons d'infortune elle substitue chez lui l'émulation, qui profite à tous, à la concurrence égoïste qui extermine les faibles : elle lui fait sentir la solidarité qui l'unit à ses semblables.

En ravivant en lui les sentiments de charité, de sociabilité, que ses préoccupations maladives tendent à lui faire oublier de plus en plus, elle combat sa propension à l'isolement, l'une des plus tristes conséquences et l'un des caractères destructifs de son état mental.

En lui permettant des rapports faciles et fréquents avec ceux qui lui sont chers, en lui faisant espérer qu'il partagera avec eux le fruit de son travail, elle entretient en lui le lien de famille, que la séquestration actuelle tend à affaiblir plus complètement chaque jour.

En permettant de le rapprocher des conditions de vie ordinaire, elle dépasse en bienfait pour l'aliéné tous les systèmes mis en pratique depuis un certain nombre d'années, avec tant de sollicitude, de dévouement et de succès dans les asiles les plus justement réputés d'Angleterre.

Elle réalise enfin et elle est conçue pour réaliser de plus en plus complètement ce régime de dignité, de liberté, de vie commune, d'affection de famille, de bien-être physique et moral.

2° Par rapport aux départements :

La ferme-asile remplace l'asile actuel qui par nature et par destination est un établissement fermé, qui en conséquence doit être et demeurer ruineux au même degré pendant les siècles des siècles, elle le remplace, dis-je, par un établissement toujours ouvert à tous les perfectionnements, à tous les progrès, qui par la seule vitalité de sa constitution doit devenir de plus en plus productif et apporter aux départements un allègement de plus en plus complet de leurs dépenses.

Elle simplifie les constructions et en diminue l'étendue ; tout en accordant à l'aliéné une plus grande somme de liberté, elle le dirige et le surveille dans l'intérêt de la sécurité publique.

Elle est applicable à tout les départements dans quelques conditions de sol et de climat qu'ils soient placés ; bien plus, dans les départements populeux, elle pourrait être aisément établie dans plusieurs arrondissements.

En se rapprochant ainsi des communes d'où lui proviendraient ses malades, elle faciliterait les rapports de ceux-ci avec leurs familles, et éviterait aux familles, généralement pauvres, les dépenses, toujours trop onéreuses, auxquelles les condamne l'éloignement de leurs proches.

Enfin, par la flexibilité de son principe, la ferme-asile pourrait être, suivant certaines nécessités locales, transformée, en tout ou en partie, en établissement industriel ; peut-être ne pourrait-elle, sous cette dernière forme, fonctionner avec les mêmes avantages pour les aliénés et pour les départements ; mais très certainement elle serait préférable encore de beaucoup à ce que nous avons aujourd'ui.

H. Belloc.

Nous rappellerons en terminant les conclusions adoptées sur la proposition de MM. Vigouroux et Antheaume à la Commission mixte du Conseil général :

1° Le travail agricole a déjà rendu et rendra encore les plus grands services dans l'assistance des aliénés, soit qu'on l'envisage sous forme d'exploitation agricole dans les asiles de traitement ou sous forme de colonies agricoles indépendantes (fermes-asiles).

2° L'établissement d'exploitations agricoles dans les asiles de traitement doit s'adresser avant tout aux aliénés aigus susceptibles d'être améliorés par le travail manuel au grand air, malades dont les uns sont curables, dont les autres n'ont pas encore fait la preuve de leur incurabilité et qui, dans ces conditions, doivent cesser d'être confondus avec les aliénés chroniques travailleurs, dont le mode de surveillance et de traitement est bien différent.

3° L'établissement de colonies agricoles indépendantes constitue un moyen pratique de subvenir à l'assistance et au traitement d'un grand nombre d'aliénés chroniques et de lutter efficacement contre l'encombrement progressif des asiles de la Seine.

4° Il y aurait lieu de pourvoir à l'installation de colonies agricoles dépendant du service des aliénés de la Seine. Elles seront situées à la campagne et autant que possible à proximité d'une ligne de chemin de fer, de manière à ce que les malades puissent être visités par leurs familles et à permettre l'écoulement, le cas échéant, des produits agricoles.

5° Dans ces colonies seront placés les aliénés désignés dans les asiles de traitement par les médecins chefs de service, ainsi que cela se pratique actuellement pour le recrutement de la colonie familiale de Dun-sur-Auron.

La sélection de ces malades sera faite parmi les aliénés chroniques.

6° Ces malades pourront être évacués sur les colonies familiales lorsque leur état physique ne leur permettra plus de

travailler, ou sur l'asile fermé au cas où ils deviendraient des aliénés dangereux, incapables de profiter utilement du travail en liberté.

7° Le domaine colonial consistera en un terrain principalement propre à la culture maraîchère, terrain d'une superficie suffisante pour permettre dans la mesure du possible l'emploi continuel de tous les malades travailleurs.

8° L'établissement se composera :

1. De pavillons isolés comprenant 50 malades au maximum ;

2. D'une infirmerie pour les maladies intercurrentes et d'un pavillon fermé de surveillance destiné au traitement des accès transitoires d'excitation ;

3. De bâtiments destinés aux services généraux et aux annexes nécessitées par l'exploitation.

9° *Il est urgent que le département de la Seine entre à bref délai dans la voie de la colonisation agricole en aménageant en ce sens les asiles d'aliénés excentriques qui, par leur situation et l'étendue du domaine cultural annexé, sont plus aptes à permettre l'organisation et le fonctionnement de ce mode d'assistance* (Ville-Evrard, Vaucluse).

OBSERVATIONS

OBSERVATION DE MICROCÉPHALIE

Par le Dr DAMAYE
Interne des asiles de la Seine
(Service de M. Toulouse, asile de Villejuif)

Cette note a trait à une microcéphale qui, par son état intellectuel, appartenait à la catégorie de l'imbécillité.

Cette malade, Pauline B*** a succombé en janvier 1905 à l'âge de trente-cinq ans, par le fait d'une broncho-pneumonie double avec pleurésie purulente du côté droit.

Elle était entrée à l'asile de Villejuif en 1894, âgée de vingt-cinq ans. Examinée à cette époque, elle était capable de lire un peu, mais sans comprendre beaucoup le sens des textes même faciles : les livres d'images enfantins et les images d'Epinal étaient les lectures les mieux appropriées à son degré intellectuel. Elle écrivait un peu, mais lentement et sans orthographe pour la plupart des mots. Au point de vue du calcul, elle ne connaissait que la succession des nombres et les erreurs

devenaient de plus en plus fréquentes à mesure qu'on se rapprochait de la centaine. Le calcul mental n'était possible que pour des additions de deux chiffres peu élevés.

Mlle B*** ne savait pas son âge et répondait indifféremment vingt ans. trente ans ou tout autre âge inexact. Elle connaissait ordinairement le jour actuel mais ignorait l'année, le mois et le quantième du mois ; elle ne pouvait dire davantage combien il y a de jours dans une semaine ou dans un mois.

La notion du lieu et surtout celle du temps écoulé étaient peu développées chez cette malade. Elle ne sut jamais au juste dans quel genre d'établissement elle se trouvait et ce ne fut qu'à la longue qu'elle apprit le nom du pays. Lors de son entrée cependant, B*** put dire qu'on l'avait amenée ici parce qu'elle ne savait pas travailler et qu'elle avait de « mauvaises habitudes ».

Au point de vue physique, cette malade présentait une exagération des reflexes tendineux. Sa physionomie était en concordance avec sa faible intelligence. Le tronc et les membres ne présentaient aucune anomalie.

La tête avait un peu l'aspect simiesque. étant donné le peu de développement de la boîte crânienne. Deux diamètres ont été notés : l'occipito-frontal mesurait 13 centimètres 7, et le bitemporal 11 centimètres 2. On remarquait, en outre, un certain degré de prognathisme du maxillaire supérieur avec voûte palatine ogivale et un développement un peu exagéré des dents incisives de cette mâchoire.

La force musculaire était sensiblement normale, mais il y avait dans tous les mouvements une grande maladresse, une gaucherie très accentuée. Celle-ci était particulièrement manifeste lors de la danse. Dans les bals qui ont lieu chaque dimanche à l'asile, cette malade dansait toute la soirée avec l'une ou l'autre de ses compagnes, mais toujours du même pas lourd, maladroit et sans mesure.

La parole était assez bien articulée, cependant avec certains caractères infantiles dans la prononciation de quelques syllabes.

Durant les dix années qu'elle passa à l'asile, Pauline B*** se montra très travailleuse, mais de temps en temps agitée et violente. Habituellement gaie, elle entrait néanmoins, pour la moindre contrariété, dans de grandes colères au cours desquelles elle se jetait sur les malades moins fortes qu'elle et les frappait ; quelquefois elle lançait à la tête de celles qui l'approchaient les objets qu'elle tenait à la main ou encore brisait des carreaux. Les infirmières nous disent qu'elle était très souvent grossière et avait fort mauvais caractère. Très vaniteuse, elle se faisait admirer par ses compagnes les jours de fête lorsqu'elle était bien habillée

Dans le quartier où on l'avait placée, cette malade s'occupait aux nettoyages : elle savait bien laver la vaisselle et frotter les parquets. On ne parvint jamais à lui apprendre la couture et l'on ne pouvait davantage l'utiliser pour les commissions car elle ne savait pas s'expliquer ni répéter convenablement ce dont on l'avait chargée.

En dehors du travail Pauline B*** passait son temps à courir ou à causer avec celles de ses compagnes dont le niveau intellectuel était voisin du sien.

Elle s'adonnait à la masturbation, surtout dans les premières années de son internement. Un peu plus tard, elle devint amoureuse d'une petite malade moins âgée qu'elle, débile mentale, à qui elle prodiguait des caresses et dont elle essayait parfois de se rapprocher la nuit. Lorsque cette petite boudait ou manifestait de la froideur, Pauline B*** lui disait : Si tu ne me parles pas, je te ferai du mal.

En août 1902, notre malade eut un matin une crise convulsive subite, d'une durée de quelques minutes, après laquelle elle ne se souvenait en rien de ce qui s'était passé. Les convulsions étaient également prononcées des deux côtés du corps. Une autre crise semblable survint en avril 1903, puis il n'y eut plus aucun accident épileptique chez la malade.

La fonction menstruelle fut assez régulière pendant tout le séjour à Villejuif de cette malade.

Nous n'avons malheureusement pu causer avec les parents de Pauline B*** ni avoir des renseignements sur son enfance et son hérédité. Nous savons seulement qu'elle était quelquefois visitée par sa mère et par sa sœur. La surveillante du quartier qui eut l'occasion de leur parler nous dit que la mère « avait l'air intelligente et était bien conformée », de même pour la sœur qui a un emploi bien rétribué dans un magasin de modes : néanmoins, ces deux personnes seraient « de taille inférieure à la moyenne ».

A l'autopsie qui eut lieu trente-neuf heures après la mort, nous n'avons relevé aucune anomalie dans le volume et la conformation des organes autres que le cerveau, indépendamment des lésions créées par la maladie terminale.

Le crâne, un peu plus résistant, comme d'ordinaire, à la région occipitale, était relativement peu épais. Le liquide céphalo-rachidien n'était pas anormalement abondant.

A l'œil nu, on ne voyait aucune lésion vasculaire, méningée ou cérébrale.

L'hémisphère droit pèse.....	217 grammes.
L'hémisphère gauche.....	212 grammes.
Cervelet, bulbe, protubérance et pédoncules, ensemble.....	105 grammes.

Soit, pour la masse encéphalique, un poids total de 534 grammes, poids inférieur à la moyenne du cerveau normal de six mois à un an.

L'examen de ce petit encéphale n'y révèle l'absence d'aucune de ses parties. Les différents lobes cérébraux existent et sont proportionnellement développés. Les circonvolutions et les sillons sont bien formés et bien marqués et la comparaison des deux hémisphères n'y fait pas relever d'asymétrie manifeste. Les circonvolutions semblent au complet, mais suivant un type un peu simplifié. Nous notons la largeur du sillon occipital antérieur qui se continue sur la face interne de l'hémisphère avec la scissure occipitale très large également, de sorte que le lobe occipital se détache nettement à la partie postérieure du cerveau. A noter également la largeur de la partie inférieure du sillon prérolandique.

Au cervelet, on remarque que l'hémisphère droit est un peu moins volumineux que le gauche.

En somme, les diverses parties de l'encéphale sont toutes proportionnelles.

Le substratum de l'infériorité intellectuelle, chez cette malade semble résider dans la réduction globale de tout l'encéphale, et surtout dans le défaut de longueur et la gracilité des circonvolutions. Centre ovale et substance grise sont proportionnellement réduits.

L'examen histologique des circonvolutions par le picro-carmin, la fuchsine et par les méthodes de Nissl et de Weigert-Pal ne nous a guère montré de particulier, si ce n'est que le volume et le nombre des cellules semblent légèrement inférieurs à la normale. Quelques-unes de celles-ci ont une tendance à s'arrondir et les noyaux, parfois déformés, allongés, sont souvent volumineux par rapport au protoplasme. Entre les cellules nerveuses, on remarque un assez grand nombre de corps embryonnaires dont quelques-uns indentent les bords de ces cellules. Le pigment jaune est très peu abondant. Les plexus des fibres corticales sont un peu réduits dans leur épaisseur. La pie-mère n'est pas adhérente au cortex, mais l'abondance des noyaux intercellulaires semble indiquer une légère prolifération névroglique.

Somme toute, le déficit intellectuel de cette malade paraît imputable au volume et au nombre inférieur des éléments nerveux.

Nous avons cru intéressante cette observation d'une microcéphale de trente-cinq ans qui, au point de vue des notions d'érudition et même du développement intellectuel ne dépassait guère le niveau atteint à notre époque par l'enfant parisien de cinq à six ans.

CONGRÈS

NOTICE SUR LE PREMIER CONGRÈS BELGE DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE *(Liège, 28 au 30 septembre 1905).*

Par Mlle le Dr I. IOTEYKO

Chef des travaux au laboratoire de psycho-physiologie de l'Université de Bruxelles
Présidente du premier Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie

Il semble étrange au premier abord, que la Belgique ait tardé jusqu'à présent à organiser un Congrès national de Neurologie et de Psychiatrie, alors que ces sciences médicales ont acquis ici un développement si considérable. En réalité, ce n'est pas l'annonce du Congrès qui doit nous étonner, c'est plutôt l'annonce du *premier* Congrès.

La raison en est très simple : tous les ans se réunit en France le Congrès des aliénistes et des neurologistes des pays de langue française, par conséquent de France, de Belgique et de la Suisse romande. Ce Congrès s'est même tenu hors de France pour la première fois il y a deux ans (à Bruxelles), sous la présidence de M. le professeur X. Francotte et avec M. Crocq comme secrétaire général. D'ailleurs les médecins belges ont toujours pris une part active aux Congrès français, soit en y présentant des communications, soit comme rapporteurs (M. Crocq au Congrès de Grenoble, M. Claus, au Congrès de Bruxelles, M. Sano, au Congrès de Pau).

Si aujourd'hui les neurologistes et psychiatres belges se réunissent en un Congrès national, il faut en conclure, que la Belgique se sent en mesure de suffire auxexigences des Congrès français en même temps que de poursuivre les étapes d'une évolution qui lui est propre. Aussi, à ce point de vue n'y aura-t-il rien de changé. Les médecins belges iront comme par le passé aux Congrès de langue française. Mais en revanche nous aurons aussi l'honneur de recevoir à nos assises les Confrères français. C'est bien ainsi qu'ils l'ont compris — comme le témoigne la présence parmi nous d'un grand nombre de médecins venus de tous les points de la France.

Avant de résumer les travaux du Congrès, il est nécessaire de dire dans quelles circonstances il a été constitué. La *Société belge de Neurologie* et la *Société de Médecine mentale de Belgique* ont décidé de provoquer périodiquement une reunion extraordinaire, qui s'intitulera « Congrès belge de Neurologie

et de Psychiatrie ». Les praticiens de toutes nationalités pourront faire partie de ce Congrès ; la seule restriction imposée est l'usage d'une des langues usitées en Belgique. Il a été décidé, que le bureau du Congrès sera composé des membres des bureaux respectifs des deux sociétés fondatrices. En conséquence, le premier Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie, qui s'est tenu à Liège du 28 au 30 septembre, avait pour présidents M. le Dr Glorieux et Mlle le Dr I. Ioteyko ; comme vice-présidents, M. le Dr Crocq et Mlle le Dr Stefanowska ; comme secrétaire général, M. le Dr Massaut. Il s'est formé en outre un Comité local de réception à Liège sous la présidence de M. le prof. X. Francotte. Ce Congrès s'est réuni sous le patronage du Gouvernement ; il avait comme présidents d'honneur, M. le Baron van der Bruggen, Ministre de l'Agriculture, et M Vanden Heuvel, Ministre de la Justice ; et comme vice-présidents d'honneur, M. Pety de Thozée, Gouverneur de la province de Liège ; M. Kleyer, Bourgmestre de la ville de Liège ; M. Béco, Secrétaire général au Ministère de l'Agriculture ; M. de Latour, Directeur général au Ministère de la Justice.

La séance inaugurale a eu lieu à la Salle Académique de l'Université de Liège ; les sessions se tenaient à l'Institut de Physiologie, de l'Université. Disons tout de suite, que le succès du Congrès a été complet, aussi bien au point de vue du nombre des participants, qu'au point de vue des rapports et des communications.

Les pays représentés sont : la France, l'Allemagne, la Roumanie, la Hollande, la Suisse, la Turquie et la Belgique.

Cette *Notice* comprendra trois parties ; dans la première, nous rendrons compte des *discours* prononcés à la séance solennelle d'ouverture du Congrès ; dans la deuxième, nous analyserons les *rapports* qui ont été présentés sur des questions mises d'avance à l'ordre du jour ; dans la troisième, nous parlerons des *communications*. Enfin quelques mots seront consacrés aux réceptions et à la visite de divers établissements.

I. — **Discours de M. de Latour, directeur général au Ministère de la Justice.** — En ouvrant la séance, M. de Latour, délégué du gouvernement, excuse les Ministres de la Justice et de l'Agriculture, présidents d'honneur, empêchés d'assister au Congrès, pour le succès duquel Leurs Excellences font des vœux.

Les questions inscrites à l'ordre du jour intéressent hautement la vie humaine. La neurologie apprend à connaître l'homme sain d'esprit. La psychiatrie, au contraire, démontre que l'homme peut descendre au-dessous de l'animal. L'étude de

ces questions a amené l'union des savants et il n'est pas douteux que le Congrès ne soit le point de départ d'un mouvement scientifique sérieux. L'orateur affirme que le gouvernement ne pouvait rester indifférent à ce mouvement et il remercie les médecins étrangers d'avoir répondu à l'appel qui leur a été adressé.

Discours de M. le Dr Glorieux, président du Congrès. — Après avoir remercié les participants, le Dr Glorieux parle de la *neurasthénie chez les ouvriers*. La neurasthénie a été considérée comme l'apanage des gens aisés et des lettrés. On parle du règne de la neurasthénie depuis 1880 surtout. On considère qu'elle est due aux exigences de la vie moderne, à la lutte pour l'existence, au surmenage et aussi à l'abus des plaisirs. De nombreux ouvrages parus n'ont pas parlé de la neurasthénie chez les ouvriers. Elle est pourtant très commune chez les ouvriers des pays du Nord. Les Sociétés d'assurances scandinaves se sont elles-mêmes émues des ravages causés par la neurasthénie dans les classes ouvrières, et c'est pour cela qu'elles ont fait construire des sanatoria. En Allemagne, où existe une loi sur l'assurance ouvrière, on a reconnu que le nombre des neurasthéniques était très élevé parmi les ouvriers (40 %); cela tient à ce que ceux-ci, sachant qu'ils ont droit à des indemnités pour maladie et chômage, se plaignent plus vite que chez nous.

Les observations du Dr Glorieux faites à la policlinique des maladies nerveuses, à Bruxelles, depuis 14 ans, donnent un pourcentage de 17,5 % chez l'homme et de 16 % chez la femme. La neurasthénie est surtout fréquente chez les ménagères, les menuisiers, les tailleurs ; elle se montre de préférence chez les ouvriers qui travaillent en chambre ou dans des locaux étroits, mal ventillés. Les malades eux-mêmes accusent souvent le manque d'air comme cause de leur neurasthénie ; celle-ci est du reste plus rare parmi les ouvriers ou employés qui passent toute la journée à l'air. Avant d'entreprendre une profession, il serait nécessaire que l'ouvrier subisse un examen médical et suive les conseils du médecin pour le choix d'une carrière, comme l'avait réclamé Mlle le Dr Ioteyko au XIIIe Congrès international d'hygiène de Bruxelles (1903).

Le surmenage physique est rarement une cause de neurasthénie et il en est de même du surmenage intellectuel. La principale cause, c'est le manque d'hygiène. En Angleterre, on a incriminé l'influenza, l'abus de l'alcool.

Le Dr Glorieux a cependant constaté que tous les névropathes examinés par lui étaient sobres, mais il est possible que leurs parents aient fait abus d'alcool. La détention chez les

prisonniers d'occasion, par son action déprimante, prédispose à la neurasthénie ; il n'en est pas de même chez les « professionnels. »

L'hérédité nerveuse a été retrouvée par l'auteur dans la moitié des cas. La neurasthénie est-elle comme on l'a dit, un produit de notre civilisation actuelle, due au surmenage, à la division du travail qui rendait le travail plus monotone, partant plus fatigant? La chose n'est pas prouvée. M. Glorieux est même d'avis que les névroses iront en diminuant avec les progrès de la civilisation qui ne peuvent que produire une amélioration des conditions du travail. Cessons donc d'accuser la civilisation et cherchons plutôt à mettre d'accord la physiologie et la règlementation du travail.

Discours de Mlle le Dr I. Ioteyko, présidente du Congrès. — Après avoir remercié les autorités et les participants, Mlle Ioteyko parle des *substances algogènes*[1]. Goldscheider, Von Frey, Alrutz, Thunberg, ont démontré de la façon la plus convaincante, l'existence des nerfs dolorifères. Il y a donc *spécificité des organes* servant à recueillir les excitations douloureuses. Mlle Ioteyko complète ces faits par une théorie qui lui est personnelle, dans laquelle elle s'attache à démontrer la *spécificité de l'agent* qui provoque les sensations douloureuses, autrement dit de l'*excitant de la douleur*.

La douleur est produite par une excitation forte ; la douleur est produite par toute cause qui modifie profondément l'état du nerf. Or, il se pourrait que l'excitation forte qui produit la douleur n'agit pas en tant qu'excitation forte, mais par les produits spécifiques qu'elle engendre. Nous dirons : *la douleur est due à une intoxication des terminaisons nerveuses dolorifiques*. L'excitant de la douleur est constitué par des *substances algogènes*, nées au moment de l'excitation forte. Cette théorie n'est pas présentée sans arguments. Certains d'entre eux expliquent mieux que toute autre hypothèse les particularités de la douleur.

Comment faut-il concevoir la douleur visuelle, par exemple. Est-il possible que la lumière, qui est l'excitant spécifique pour le nerf optique, puisse agir aussi sur les terminaisons du nerf ophtalmique? Mais les vibrations lumineuses de l'éther n'agissent pas non plus directement sur les terminaisons du nerf optique ; on admet qu'elles produisent des modifications chimiques dans la rétine, et c'est la modification chimique qui agit à son tour comme un excitant sur les terminaisons du nerf optique. Il est donc facile à admettre que la modification chi-

[1] Brochure de 12 pages. En dépôt chez Lamertin, Bruxelles.

mique, dès qu'elle aura atteint une certaine forme (substances algogènes) grâce à son intensité, viendra agir comme un excitant sur les terminaisons des nerfs dolorifiques, qui réagissent par la sensation qui leur est propre.

Pour l'olfaction et la gustation l'excitation est aussi chimique dans tous les cas, aussi bien pour la perception que pour la douleur. Un acide faible agit sur les terminaisons du nerf lingual et du nerf glosso-pharyngien sans atteindre les nerfs de la douleur, dont le seuil est plus élevé ; mais un acide plus fort ébranle les terminaisons des nerfs dolorifiques. La raison de cette différence se trouve dans la toxicité des solutions concentrées des acides.

Il en serait de même pour l'excitant mécanique ; tant que les produits chimiques issus de cette excitation ne seraient pas toxiques, on n'aurait aucune douleur ; la douleur n'apparaîtrait qu'au moment de la formation de ces produits.

Pour avoir la sensation douleur, il n'est pas nécessaire de supposer que la substance toxique doive être transportée au cerveau par voie sanguine. C'est l'ébranlement nerveux des terminaisons nerveuses qui se transmet au cerveau, ébranlement déterminé par l'action sur les terminaisons dolorifiques des poisons algogènes nés sur place au moment de l'excitation forte.

En réalité, la formation des substances algogènes n'est pas instantanée, comme le démontre le retard dans la perception de la douleur. Alors que le temps de la réaction nerveuse est égal à 150 σ (millièmes de seconde) pour les excitations tactiles et acoustiques, de 200 σ pour les excitations optiques, il est de 900 σ, c'est-à-dire près d'une seconde pour les excitations dolorifiques. Dans la théorie de I. Ioteyko, ce retard est non seulement explicable, mais il est quasi indispensable, car il serait dû au temps nécessaire pour la formation et pour l'accumulation des substances algogènes.

On arrive ainsi à comprendre pourquoi Ch. Richet, Goldscheider, Gad, Naunyn, ont toujours considéré que la douleur est due à la sommation des excitations. Nous dirons que la sommation est chimique et qu'elle se fait à la périphérie sensitive. La douleur n'apparaît que quand les substances toxiques ont acquis une certaine concentration.

La douleur se caractérise aussi par sa persistance et par son irradiation . Ces deux particularités de la douleur s'expliquent par la présence et la diffusion des substances algogènes.

Exposons maintenant quelques arguments qu'on peut invoquer par analogie. On admet sans difficulté que la douleur très vive d'un phlegmon est due aux substances toxiques irritantes secrétées par les microbes L'inflammation d'une région quel-

conque de l'organisme (arthrites, ostéites, cystites, méningites) est due à la réaction des tissus contre les toxines secrétées par les microorganismes. En généralisant, on comprend alors pourquoi des organes presque insensibles à l'état normal deviennent douloureux quand ils s'enflamment. La sensibilité dolorifique de ces organes, bien qu'étant obtuse à l'état normal, est terriblement exaltée par l'action combinée des toxines microbiennes et des toxines produites par la compression des nerfs lors de l'inflammation.

D'autre part, nous savons combien douloureuse est l'injection sous-cutanée des différents poisons ; et dans le même ordre d'idées citons le pouvoir dolorigène des venins animaux.

Dans certains cas particuliers, le système nerveux central lui-même peut devenir douloureux, comme c'est le cas dans l'anémie expérimentale du cerveau. Ici encore on peut invoquer l'action des toxines qui se forment durant la vie partiellement anaérobie des tissus.

Il semble donc qu'il soit permis de généraliser, en disant que non seulement la douleur pathologique, la douleur par injection des poisons et des venins et la douleur d'origine centrale, mais aussi la douleur traumatique, c'est-à-dire produite par piqûre, déchirure, compression, tiraillement, froissement, arrachement, contusion, etc., est, elle aussi, due à un phénomène toxique, qui serait à la base de toute sensation de douleur de quelque nature qu'elle soit.

La théorie que nous venons d'esquisser se prête à des vérifications. Quelles sont ces substances algogènes? Elles sont difficiles à mettre en évidence, car la douleur s'accompagne toujours de contractions musculaires. Mais il y a des moyens détournés pour étudier ces substances. Cette théorie aura donc le bon côté de susciter des expériences.

(A suivre).

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 18 décembre 1905

I MM. A. Vigouroux et G. Collet : *Troubles mentaux par intoxication sulfo-carbonée.* — II. M. José Ingegnieros : *Les troubles du langage musical chez les hystériques.* — III M. Kéraval : *Rapport sur un travail de M. Ziehen.* — IV. *Elections.*

I

MM. A. Vigouroux et G. Collet : *Troubles mentaux par intoxication sulfo-carbonée.*

Les auteurs communiquent l'observation d'un dégénéré qui a présenté un acces délirant subaigu, au cours d'une intoxication chronique par le sulfure de carbone. Ce malade, âgé de 33 ans, était employé, depuis cinq mois, à la fabrication de pneumatiques anti-derapants. Sa besogne consistait à vulcaniser, au moyen d'un mélange de sulfure de carbone et de protochlorure de soufre, une bande de caoutchouc sur laquelle il appliquait une bande de cuir, et à determiner, par une forte pression, exercée à l'aide d'un instrument spécial, l'adhérence des deux pièces. L'atmosphere dans laquelle il travaillait contenait donc des vapeurs de sulfure de carbone.

Le malade présenta successivement des maux de tête, des epistaxis, de la dyspepsie, de la constipation, de l'impuissance. Il eut ensuite de l'insomnie et des cauchemars et, enfin, un délire de rêve, caractérisé par de l'anxiété, des illusions, des interprétations délirantes et quelques hallucinations de la vue. A son entrée a l'asile de Vaucluse, ce malade présentait de la glycosurie alimentaire.

Les auteurs insistent sur la similitude du délire dans les diverses intoxications chroniques et sur le rôle important que paraissent jouer, dans la pathogénie de ce délire, les auto-intoxications par insuffisance organique.

II

M. José Ingegnieros fait une communication sur les *troubles du langage musical chez les hystériques*. Il distingue parmi les dismusies hystériques : 1° les amusies, sensorielles : surdité musicale et cécité musicale, et motrices : aphémie musicale, aphémie instrumentale, agraphie musicale : 2° les hypermusies : raptus musical, impulsion, mélodisation incoercible de la lecture ; 3° les paramusies : phonophobie, phobie avec réactions convulsives, obsession mélodique, audition colorée, association morbide érotico-musicale, etc.

III

M. Kéraval lit un rapport sur un travail de M. Ziehen consacré à l'étude du *système nerveux des monotrèmes*.

IV

M. Pichenot, médecin en chef de l'asile de Montdevergues, est élu membre correspondant, après lecture d'un rapport de M. Dupain.

M. Lagriffe, médecin-adjoint à l'asile de Quimper, est élu membre correspondant, après lecture d'un rapport de M. Lwoff.

Le bureau pour l'année 1906 est ainsi constitué : président : M. Briand ; vice-président : M. Deny ; secrétaire général : M. Ritti ; secrétaires des séances : MM. Dupain et Vigouroux ; bibliothécaire : M. Boissier ; trésorier : M. Antheaume.

G. Collet.

INFORMATIONS SCIENTIFIQUES

La paralysie générale dans les asiles. — M. Anglade, Médecin en chef de l'asile public d'aliénées de Bordeaux, signale les cas suivants de malades atteintes de paralysie générale qu'il reçoit dans son établissement. Il en eut 17 en 1902, 20 en 1903, et 25 en 1904, donnant un pourcentage de 18,7 pour 100 admissions.

Sur ces 25 cas, 15 avaient la démence globale, 3 étaient orientés vers la mélancolie. Un cas parut intéressant pour sa rareté. M. Anglade le décrit ainsi : « La paralysie générale avait les allures d'un délire de persécution, diffus, mal systématisé il est vrai, mais dont la formule délirante n'a pas encore varié. Les hallucinations de l'ouïe alimentent et entretiennent ce délire et provoquent parfois des réactions violentes vis-à-vis du personnel, ou même des idées de suicide. Dans une tentative que la malade a faite il y a quelques mois, elle s'est coupé, en brisant une vitre, le tendon du petit palmaire de l'avant-bras droit.

« Il a fallu examiner longuement la malade pour trouver quelques troubles de la mémoire, du jugement, etc., qui dénotent un affaiblissement intellectuel très léger d'ailleurs et difficilement appréciable.

« Le délire lui-même n'est pas « illogique, mobile, absurde, non motivé, contradictoire », selon la formule classique.

« Le diagnostic était délicat, l'hésitation permise ; mais une lymphocytose abondante constatée dans le liquide céphalo-rachidien vint lever tous les doutes.

« Nous devons retenir ce cas, qui offre quelque intérêt clinique, étant donnés le délire de persécution assez systématisé et surtout les hallucinations de l'ouïe. En effet, pour la majorité des auteurs (Magnan, Dagonet, Krafft-Ebing), les hallucinations seraient rares dans la paralysie générale. »

Sur ces 25 paralytiques générales, 17 étaient mariées ou divorcées, 6 célibataires ; 23 habitaient depuis longtemps la ville de Bordeaux, 2 seulement venaient de la campagne.

L'influence des villes est en effet notable, non seulement pour la paralysie générale mais pour l'aliénation en général. M. Dubuisson, signale qu'à l'asile d'aliénés de la Haute-Garonne, il y a 89 entrées provenant de Toulouse, sur 161 de la Haute-Garonne alors que la clinique des maladies mentales retient déjà des malades urbains, et que les habitants citadins constituent seulement le tiers des habitants du département entier. La paralysie générale persiste là aussi à un taux élevé.

A l'asile d'hommes de Quatre-Mares, la paralysie générale représente le taux énorme de 24,75 pour 100 des admissions (50 sur 202).

A Saint-Yon, il y a 17 paralytiques générales sur 157 admissions, sur lesquelles 5 étaient syphilitiques avérées.

Les paralytiques généraux entrent pour un taux extrêmement élevé dans la mortalité des asiles (30 sur 139 à Saint- Yon ; 16 sur 96 dans la Sarthe : 58 sur 176 à Quatre-Mares). A Bordeaux, les paralytiques générales restent de six mois à deux ans, mais M. Anglade signale deux cas de paralysie générale galopante où la mort est survenue après 4 mois et 5 mois.

Le témoignage en justice. — La justice étaie fréquemment ses décisions sur des témoignages. Or, psychologiquement, le témoignage est extrêmement complexe, et sa valeur des plus variables.

Il est regrettable que, dans ces conditions, les magistrats ne se préoccupent pas davantage de psychologie en général et de psychologie du témoignage en particulier, cette psychologie spéciale mais importante, et qui a, en Allemagne un périodique, fondé par Stern, qui lui est entièrement consacré.

Il faut espérer qu'on ne verrait plus, si on donnait à ces études psychologiques leur place, de demandes en révision comme celle qu'un nommé Bertrand, condamné à un mois de prison pour vol de poulets par le tribunal de Saint-Etienne vient d'introduire près la Cour de Cassation.

Il avait été condamné sur l'unique témoignage d'un enfant de onze ans qui déclarait l'avoir vu s'emparer des volailles, malgré ses protestations d'innocence. Et depuis l'enfant avait déclaré qu'en faisant cette déclaration il avait purement et simplement menti.

On aurait pu croire pourtant qu'à la suite d'un certain nombre d'exemples retentissants, on ne tiendrait plus aucun compte en justice des témoignages d'enfants souvent menteurs plus ou moins consciemment, généralement imaginatifs, et toujours très suggestionnables. La vanité, le plaisir de se rendre intéressant, la crainte de déplaire, ou l'amour de nuire, que sait-on qui peut dicter à un enfant un témoignage quelconque ?

Simule-t-on la simulation? Au cours d'une étude sur la simulation et les maladies mentales chez les prévenus, présentée au Congrès des psychiatres et neurologistes du Nord de l'Allemagne (Brême, 20 octobre 1905), M. SIEMERLING [1] de Kiel, après avoir analysé les phénomènes morbides (amnésies, catatonies, psychoses hystériques, imbécillité, hypochondrie) qui sont généralement objet de simulation, pose cette question : L'existence de phénomènes simulés permet-elle de poser le diagnostic pur et simple de simulation ?

Il conclut énergiquement par la négative. Il n'y a pas en effet incompatibilité entre l'aliénation et la simulation ; il y a des aliénés qui simulent, et dont on peut dire qu'ils simulent la simulation, en particulier lorsque, internés sur rapport médico-légal après un acte répressible, ils désirent sortir de l'asile, la loi n'ayant plus de recours dès lors contre le simulateur.

Et d'une manière générale l'aliéné intelligent, qui n'est pas conscient de son trouble mental, peut être tout naturellement amené à simuler d'autres troubles mentaux.

Il faut donc se défier des simulateurs, parce qu'il y a des faux simulateurs. P.

La sorcellerie. — M. GILBERT BALLET, qui s'est toujours intéressé aux mystiques et aux sorciers et a consacré un livre intéressant au fameux Swedenborg, a fait le 16 décembre, sous les auspices de l'Institut général psychologique, une conférence sur la sorcellerie et les sorciers.

Les sorciers, qui ont pactisé avec l'esprit du mal et ont acquis ainsi une partie de la puissance néfaste du diable, ont été bien longtemps redoutés, et le sont même encore ; mais en revanche il était plus redoutable encore d'être accusé de sorcellerie, et, sur ce point, l'accusation n'est plus aujourd'hui aussi grave, car la Salpétrière a remplacé la prison et le bûcher, et les douches se sont avantageusement substituées à la question, fût-ce la question de l'eau.

L'existence de zones anesthésiques fait penser à l'hystérie, c'est-à-dire une maladie qu'il faut soigner, et non plus à un pacte diabolique, à une influence de Satan sur une malheureuse victime dont on faisait un coupable qu'il paraissait nécessaire de punir.

Soigner et guérir, plutôt que punir et réprimer, c'est là le progrès de notre justice, et il n'est certes pas terminé.

Beaucoup de nos coupables actuels seront un jour considérés, a conclu M. Ballet, comme des malades, des anormaux chez qui des méthodes éducatives, des soins appropriés, pourront peut-être ramener l'état de santé morale comme on arrive déjà à faire revenir la santé physique.

[1] Berliner Klinische Wochenschrift, 27 novembre 1905, n° 48, p. 1489.

(Voir la suite après le Bulletin bibliographique mensuel).

L'aliénation en Roumanie. — M. Georges Mileticiu, en exposant la gestion de l'hospice Madona Doudou, de Craïova, dont il est médecin en chef, présente quelques considérations intéressantes sur l'assistance des aliénés en Roumanie [1]. L'établissement qu'il dirige depuis sa fondation, qui date de 1892, est le premier établissement moderne roumain consacré aux maladies mentales.

L'origine des hospices d'aliénés en Roumanie se trouve dans les cloîtres : après avoir conduit pour exorcisme les aliénés dans les monastères et les églises, on finit par les y laisser quelques jours, quelques semaines, quelques mois, quelques années mêmes, et l'internement permanent arrivant à s'installer, les moines cédèrent la place aux aliénés, et les monastères devinrent des asiles tels que ceux de Marcutza, Golia, etc. On ne peut donc s'étonner du nom de l'asile de M. Mileticiu, de la Madone du mûrier (Madona Dudu).

Les aliénés ont été très négligés en Roumanie, tandis qu'il y a des hôpitaux superbes. C'est qu'on persiste à les considérer très nettement comme des réprouvés. Et certes, sur ce point, les Occidentaux ne peuvent guère jeter la pierre aux Roumains.

Quoiqu'il en soit, on ne peut arriver à hospitaliser que 1.000 malades, au maximum, et encore ! Or il y a, ou plutôt il doit y avoir, car les statistiques officielles sont extrêmement incomplètes, faute de déclarations, de 6.000 à 8.000 aliénés en Roumanie. Quand on constate à côté de cela que l'Ecosse qui a 1 million et demi d'habitants de moins que la Roumanie hospitalise 15.000 aliénés, on voit quel effort il faudra faire dans ce pays qui compte 6 millions d'habitants. La Belgique et la Bavière, qui ne sont guère plus peuplées en hospitalisent environ 12.000. Mais nous pouvons nous souvenir en France qu'on est loin d'hospitaliser, particulièrement dans la Seine, le nombre sans cesse croissant des malades du cerveau.

Le gouvernement roumain n'entretient à ses frais aucun hospice pour aliénés, sauf une section pour aliénés criminels annexée à la prison de Vacaresti. Les communes et départements ne veulent rien entendre et affectent à d'autres usages les fonds inscrits d'office sur leur budget pour l'assistance aux aliénés. Quand un aliéné est dangereux et que l'autorité le fait enfermer, on cherche toujours à faire payer la famille pour rentrer dans ses débours.

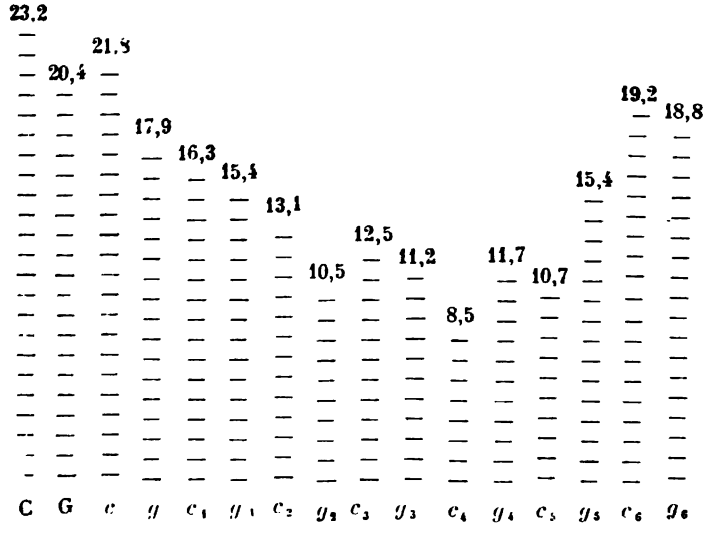
Aussi la situation est-elle généralement précaire.

M. Mileticiu décrit sommairement son asile, et certes il n'y a pas à s'étonner que l'on ne trouve pas des illustrations telles que nous en montrent les richissimes asiles américains. Il dispose de champs d'une étendue de 9 hectares où l'on emploie les malades valides au jardinage. Ayant beaucoup d'incurables et impotents, il n'a pas réussi à maintenir un atelier. Il signale qu'il serait souhaitable de procéder, à l'imitation des asiles hongrois, à l'élevage des porcs, des vaches ou des volailles. Il n'y a pas trop de lits à l'hospice Madona Doudou, qui ne peut contenir que 88 malades. Le personnel, qui revient à 25.920 francs, comporte 1 médecin en chef, 1 médecin adjoint, 1 intendant, 1 sous-intendant, 1 sous-chirurgien, 11 infirmiers et infirmières, 1 lingère, 1 cuisinière, 1 portier, 3 valets de service, 1 cocher, 4 gardiens de jour et nuit, 2 blanchisseuses, 1 barbier et 1 prêtre, soit 31 personnes pour 88 malades. Et pourtant, tout frais compris, le lit ne revient qu'à 690 francs par an.

[1] Compte rendu des années 1891-1904 de l'hospice Madona Doudou. 1 vol. in-8 rédigé en roumain et en français. Typographie Constantinescu. 1905.

Le plus grand nombre de malades relèvent de la pellagre 105 cas sur 635 en 14 ans avec une forte proportion de guérisons 45 sur 105. La paralysie générale, qui est en croissance, a fourni 35 cas. Et l'alcool exercerait une influence continuellement progressive. Enfin, nous pouvons signaler qu'à la fin de son rapport, M. Mitchell se préoccupe à juste titre du sort des malades sortis guéris, et qu'il envie l'institution charitable de Buda-Pesth intitulée : Association pour l'assistance des aliénés indigents guéris. P.

La perception différentielle de l'intensité des sons. — M. H. Zwaardemaker, a communiqué à la séance du 28 octobre de l'Académie des sciences d'Amsterdam, une étude *sur la finesse de la perception différentielle des intensités des sons* rapport sur des expériences faites par M. A. Deenik. Les expériences sur la valeur du seuil différentiel ont donné en moyenne, avec les diapasons c, c^1 et c^2, des proportions de 33,2 — 29.3 — et 19.5 p. 100, montrant une réelle conformité avec la loi psychophysique de Weber. Des expériences faites avec des tuyaux d'orgue ont donné les résultats suivants : C : 23.2 p. 100 — G : 20,4 — c : 21,8 — g : 17.9 — c_1 : 16,3 — g_1 : 15,4 — c_2 : 13,1 — g_2 : 10.5 — c_3 : 12,5 — g_3 : 11,2 — c_4 : 8.5 — g_4 : 11.7 — c_5 : 10.7 — g_5 : 15.4 — c_6 : 19.2 — g_6 : 18.8. Le seuil différentiel le plus bas, la perception la plus fine par conséquent se manifeste pour c_4. La décroissance du pouvoir de discrimination à partir de ce point est assez régulière dans les deux sens, comme on peut le voir sur ce graphique.



L'alcoolisme dans les asiles provinciaux. — Dans son rapport pour l'année 1904 sur l'asile de la Sarthe, M. le Dr V. Bourdin signale la proportion considérable des malades hommes chez lesquels l'alcoolisme est responsable, en tout ou partie, de l'aliénation.

Sur 128 admissions pour la première fois, on relève en effet 23 hommes et 7 femmes atteints de folie alcoolique, soit 30 en tout, et 59 chez lesquels l'alcoolisme aurait joué un rôle dans l'éclosion de la folie, 47 hommes et 12 femmes, ce qui représente un pourcentage total de 38,31,

se décomposant en 15,78 pour 100 de femmes, et 60,25 pour 100 d'hommes.

Ce chiffre, dit M. Bourdin, est colossal et n'a pas encore été signalé. Il serait en rapport avec les habitudes locales : café avec eau-de-vie, cidre et eau-de-vie de cidre, obtenue par la distillation domestique des bouilleurs de cru. Il y aurait 7 aliénés sur 26 admis par rechute atteints de folie alcoolique, et sur 25 guérisons, 14 alcooliques, ce qui élève de suite le taux des guérisons générales.

A l'asile des *Quatre-Mares*, 32 aliénés sur 202 entrées (16 pour 100) sont signalés comme alcooliques, 18 sur 49 guéris et 8 sur 176 décédés; environ 60 cas sur 216 (27 pour 100) relevaient étiologiquement de l'alcoolisme.

A *Saint-Yon*, chez les femmes, il n'y a que 8 alcooliques signalées sur 216 entrées, et, dans les causes prédisposantes ou occasionnelles, l'alcoolisme apparaît dans 30 cas sur 157 entrées pour la première fois (19 pour 100).

A l'asile d'aliénés de la *Haute-Garonne*, on trouve 10 alcooliques sur 206 entrées (soit environ 5 pour 100) et 1 alcoolique sur 8 guéris.

M. Dubuisson ne relève pas les causes secondaires.

A l'asile d'aliénés de *Bordeaux*, il y a 5 alcooliques sur 138 entrées et l'alcoolisme apparaît 8 fois comme cause présumée. La proportion est ici la plus faible, mais il ne s'agit que de femmes.

Ainsi, qu'il s'agisse de femmes, et même d'hommes aliénés, on voit qu'on est loin de retrouver les chiffres de l'asile de la Sarthe. Peut-être y a-t-il d'ailleurs, en particulier dans l'appréciation des causes secondaires, des divergences dues au diagnostic.

L'assistance aux aliénés sortants dans la Seine-Inférieure. — La Société de patronage pour les aliénés, dans la Seine-Inférieure, a continué en 1904, à venir en aide aux indigents sortants des asiles de Saint-Yon (femme) et de Quatre-Mares (homme).

La Société possédait au 31 décembre 1904 un titre de 432 francs de rente, un livret de caisse d'épargne de 4571 francs et 612 francs en caisse. Elle possède en outre un vestiaire.

Elle a assisté en 1904 58 hommes et 19 femmes, avec des dons en argent, ou en nature, ou à la fois en argent et en nature.

Conférence belge pour l'amélioration du sort de l'enfance anormale. — La Société protectrice de l'Enfance anormale de Belgique a organisé en mai 1905, à Bruxelles, sa troisième réunion.

Trois questions étaient posées, d'après le compte rendu qu'en a publié M. Jonkheere (*Archives de Psychologie*).

I. — L'enseignement spécial pour arriérés médicaux rentre-t-il dans les attributions que la législation actuelle en matière de bienfaisance publique confie aux commissions des hospices ?

II. — Quelle est, au point de vue de la prophylaxie sociale, la destination primordiale des écoles de bienfaisance (anciennes « maisons de correction »).

III. — Quels sont les organismes entre l'école et l'asile d'une part, entre l'école et l'école de bienfaisance, d'autre part, qu'il y a lieu d'instituer.

M. Demoor expliqua que la commission des hospices de Bruxelles s'était refusée à instituer *des traitements médico-pédagogiques pour les malades psychiques* qui ne peuvent être gardés dans les hôpitaux, qui ne devraient pas l'être dans les asiles et qui, dans les écoles spéciales destinées en Belgique aux arriérés pédagogiques ne peuvent recevoir

avec fruit l'enseignement. D'autre part, les écoles dites de bienfaisance sont loin d'être satisfaisantes, et l'école de Force, où on envoie les indisciplinés, les vicie plus profondément.

M. Levoz cherche à montrer que, dans l'esprit de la loi belge, sinon dans sa lettre, le *traitement des enfants anormaux et vicieux* incombe à la Commission des hospices.

M. Jonkheere signale la nécessité d'un *enseignement pour les arriérés médicaux* comme en Allemagne, et explique le fonctionnement des écoles de Mannheim (*Hauptklassen*pour les normaux, *Wiederholungs-Klassen* pour les arriérés pédagogiques et *HilfsKlassen* pour les arriérés médicaux). Enfin il cite l'exemple de l'Angleterre pour fondation d'écoles spéciales aux indisciplinés *(industrial school, truant school et training ship)*.

M. Decroly envisage les choses à un point de vue concret. Il cite de nombreux cas qu'il a étudiés dans son institut spécial, à la polyclinique, etc. Il divise, pour sa part, *les anormaux en deux grands groupes :* 1° Les anormaux atteints personnellement, ayant une intelligence insuffisante, des sens ne fontionnant pas normalement ; 2° Les anormaux atteints de tares normales qui aboutissent généralement à l'asile, à l'école de bienfaisance, à la prison ; ces anormaux sont les victimes du milieu ; selon M. Decroly, ils sont le fruit d'une mauvaise éducation. Ces derniers sont nettement justiciables d'un traitement médico-pédagogique efficace.

M. G. Rouma parle des *déséquilibrés moraux* qu'il divise en deux classes, suivant qu'ils sont intelligents ou faibles d'esprit.

Enfin, M. H. Juspar conclut qu'il y a lieu d'agir auprès des autorités en saisissant de la question l'opinion publique, les principaux buts étant la création d'écoles pour anormaux et la réorganisation des écoles de bienfaisance. P.

NOUVELLES

Association psychologique américaine. — L'Association psychologique américaine a tenu un Congrès mixte avec l'Association philosophique. Il a été procédé à une discussion sur la question de l'affiliation de la psychologie à la philosophie et aux sciences naturelles, et MM. Fullerton, Hall, Münsterberg, Taylor, Tailly et Witmer ont pris la parole.

En outre la Psychological Association a étudié la question de la coopération entre les laboratoires et les départements des différentes institutions.

Médecin blessé dans un asile. — M. le Dr Chevalier Lavaure, médecin-directeur de l'asile d'Auch, a été blessé de coups de lime qui lui ont été portés par deux aliénés.

Universités. — M. Charles J.-C. Bennett a été nommé professeur de pédagogie à l'Université de la Louisiane.

M. W.-G. Smith a été nommé lecteur de psychologie expérimentale à l'Université de Liverpool.

M. James Carleton Bell a été nommé « instructeur » de psychologie expérimentale au collège Wellesley.

M. H.-K. WOLFE a été nommé titulaire de la chaire de psychologie pédagogique nouvellement créée à l'Université de Nebraska.

MM. CLARK WISSLER et BERTHOLD LAUFER ont été nommés lecteurs d'anthropologie à l'Université Colombia.

M. H.-C. STEVENS a été nommé professeur-adjoint de psychologie à l'Université de Washington.

M. EBBINGHAUS, professeur à Breslau, succède à M. RECHL, comme professeur de psychologie à l'Université de Halle.

Hospice de Bicêtre. — Après concours, M. le Dr RICHE a été nommé médecin adjoint de l'hospice de Bicêtre.

Personnel des asiles d'aliénés. — *Mouvement de Décembre 1905.* — M. MABILLE, ancien receveur des Finances, nommé Directeur de l'Asile d'aliénés de Clermont (Oise), en remplacement de M. Lesvier, nommé Directeur honoraire.

M. le Dr MARCHAND, médecin-adjoint à Blois, nommé à la classe exceptionnelle du cadre.

M. le Dr MONESTIER, médecin en chef à Aix (Bouches-du-Rhône), nommé, en la même qualité, à Marseille, en remplacement de M. Boubila, retraité.

M. le Dr FENAYROU, médecin-adjoint à Naugeat (Haute-Vienne), nommé médecin en chef à Aix (Bouches-du-Rhône).

M. Sigismond LACROIX, nommé Directeur de l'Asile d'aliénés de Ville-Evrard, en remplacement de M. Balet admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé Directeur honoraire.

Admission des femmes à l'adjuvat. — M. MIRMAN vient, sur demande faite, par Mlle Pelletier, d'autoriser les médecins-femmes à prendre part au concours de médecin adjoint des asiles.

BULLETIN

A NOS LECTEURS

La Revue de Psychiatrie *entre dans la dixième année de sa troisième série, et elle a conscience d'avoir rempli utilement sa tâche.*

En dehors de ses mémoires originaux, des nombreuses observations qu'elle a relatées dans ses pages, elle a, par ses comptes rendus de Sociétés, par ses lettres étrangères, par ses informations de plus en plus nombreuses, par son bulletin bibliographique mensuel, tenu au courant ses lecteurs de tous les importants travaux de psychiatrie et de psychologie expérimentale. Dans ses très nombreuses Techniques, portant sur les méthodes les plus diverses, de clinique ou de laboratoire, dans ses Services très détaillés où les questions d'organisation se trouvaient envisagées sous un aspect précis qu'on rencontre rarement en ces matières, elle a visé à rendre ses lecteurs capables de comprendre et d'employer des méthodes fécondes, soit pour le diagnostic des maladies mentales, soit pour l'étude de l'esprit, soit pour l'assistance rationnelle des aliénés.

Enfin, dans ses Revues Critiques faites par des hommes d'une compétence éprouvée, elle a, par l'étude des questions les plus importantes du domaine de la psychiatrie et de la psychologie, édifié un solide monument scientifique qui, à toute époque, méritera d'être consulté.

Mais, pénétré de ce principe que faire aussi bien, c'est déjà faire moins bien, la Revue se prépare à faire mieux encore. Elle s'est adjoint un nouveau collaborateur, M. le Dr JUQUELIER, *chef de clinique de la Faculté de Paris, qui comme secrétaire général, consacrera à la Revue une grande partie de son temps et de sa solide science psychiatrique, cependant que M.* PIÉRON *se restreindra aux questions psychologiques, plus spécialement de son ressort.*

Elle continuera à remplir fidèlement le programme fécond qu'elle s'est tracé, et qui est notamment de favoriser le progrès des méthodes scientifiques et de l'esprit rationnel, et d'unir en une collaboration féconde la psychologie et la médecine mentale. Mais elle assurera, dans ses informations, une documentation plus rapide et plus complète sur tous les livres et travaux importants publiés en tout pays ressortissant à son domaine, de manière à suffire à ses lecteurs et à leur permettre de suivre le constant progrès de la science. Sur ce point elle s'efforcera de réaliser des améliorations qui seront, elle l'espère, appréciées de ses leteurs.

Le gérant : A. COUESLANT.

PARIS & CAHORS, IMPRIMERIE A. COUESLANT (I-1-06)

REVUE CRITIQUE

LES RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES RÊVES (IV)[1]

LES RECHERCHES SUR LES RÊVES DU MARQUIS D'HERVEY-SAINT-DENIS

Par M. N. VASCHIDE
Chef des travaux du laboratoire de psychologie expérimentale de l'Ecole des Hautes-Etudes (Paris)

I

Le marquis d'Hervey, souvent appelé dans les livres classiques, marquis de Saint-Denis, fut un très savant homme; ses recherches sur les rêves me paraissent importantes, car elles s'appuient sur des expériences et sur des recherches personnelles. Ceux qui ne se contentent pas de publier la moindre observation sur les rêves sans songer qu'il existe toute une littérature sérieuse sur l'histoire de la question, retrouveront dans la lecture du livre de cet auteur toute une riche documentation, tout un matériel de premier ordre, qu'on lira toujours avec intérêt. Le fait que le livre de Maury a prévalu sur celui du marquis d'Hervey s'explique par l'allure plus scientifique du premier, par sa manière plus logique, plus objective et plus riche en critique d'envisager le problème; le marquis d'Hervey se laisse plus facilement tenter par des généralisations plus littéraires, plus agréables à lire, mais certainement plus dangereuses à être considérées comme telles, et sans contrôle suffisant pour un savant.

Son volume intitulé : « *Les Rêves et les moyens de les diriger*, a comme sous-titre : « Observations pratiques » et comme motto la phrase bien connue de Pascal : « Si nous rêvions toutes les nuits la même chose, elle nous affecterait autant que les objets que nous voyons tous les jours ». Il parut en 1867 à Paris, chez l'éditeur Amyot, 8, rue de la Paix, avec une couverture illustrée en deux couleurs, traversée par un éclair brisé juste au milieu de la page. En haut, on trouve un dessin allégorique, des images avec signes plus ou moins bizarres, la ronde classique des fantômes, la cathédrale perdue dans un lointain très lointain, comme disent les légendes, des oiseaux aux longues ailes, des anges qui voltigent calmement, une idylle digne du moyen-âge, des portiques antiques et des nymphes en sortant comme par miracle, des escaliers comme nos cauchemars seulement nous suggèrent la possibilité de

[1] N. VASCHIDE. *Les recherches expérimentales sur les rêves. I. Les méthodes. (Revue de Psychiatrie)*, 1902, octobre, n° 4, p. 145-166.
N. VASCHIDE. *Les recherches expérimentales sur les rêves. II. Les recherches et les observations d'Alfred Maury sur les rêves. (Revue de Psychiatrie)*. 1903, mai, n° 5, p. 177-191.
N. VASCHIDE. *Les recherches expérimentales sur les rêves. III. Les recherches de M. Mourly Vold sur les hallucinations visuelles des rêves et à l'état de veille. (Revue de Psychiatrie)*. 1904, octobre, n° 10, p. 397-413.

les concevoir; et puis les métaphores et emblêmes des plus affreux cauchemars: des bolides, du feu brûlant, des serpents, des monstres, des animaux féroces, des hiboux et des chimères, les impénétrables chimères des songes. L'auteur n'a rien oublié des principaux mobiles des rêves; il a fait dessiner même une locomotive qui avance vertigineusement dans l'air et se dirige probablement vers l'interminable escalier. En bas, le dessin est plus calme: un château dans la nuit, un peu désert; seules les deux fenêtres éclairées évoquent la vie, mais une vie de rêve agréable, douce.

Le volume est en 8° et il a 446 pages; il est écrit avec talent, dans une belle langue et avec connaissance du sujet ; on reconnait aisément dans le marquis d'Hervey, l'auteur des délicieuses traductions des poésies chinoises « Poésies chinoises de l'époque de Thonges », de même que l'historien de « la Révolution à Naples depuis 1793 », publiées chez le même auteur.

II

Le travail du marquis d'Hervey est divisé en trois parties, dont deux seulement sont vraiment importantes: la première, où il donne la méthode et la manière dont il conçut le problème : « Ce qu'on doit s'attendre à trouver dans ce livre et comment il fut composé [1] » et la troisième partie : « Observations pratiques sur les rêves et sur les moyens de les diriger [2] ». La deuxième partie est une critique des travaux connus, surtout ceux de l'antiquité, d'ailleurs presque les seuls qui valaient d'être remarqués à l'époque où l'auteur écrivit son livre, « Où, tout en rapportant les opinions des autres, il continue d'exposer les siennes [3] ». Après un résumé-conclusion [4], l'auteur cite en appendice [5], un très curieux rêve après avoir pris du haschisch.

Le livre du marquis d'Hervey est une vraie autobiographie, et voici dans quelles conditions il commence ses recherches sur le rêve. Elevé dans sa famille et n'ayant pas de camarade, il travaillait seul sans être soumis à une discipline sévère, d'où la possibilité d'avoir du temps libre à sa disposition. Pour faire passer ce temps, il crayonnait, ou il coloriait ce qu'il avait crayonné. « L'idée me vint un jour, dit-il, — il avait alors quatorze ans — de prendre pour sujet de croquer le souvenir d'un rêve singulier qui m'avait vivement impressionné. Le résultat m'ayant paru divertissant, j'eus bientôt un album spécial, où la représentation de chaque scène et de chaque figure, fut accompagnée d'une glose explicative, relatant soigneusement les circonstances qui avaient amené ou suivi l'apparition [6] ». Stimulé par l'idée d'enrichir son album, il *essayait de s'habituer à retenir plus facilement* ses rêves.

[1] Hervey de Saint-Denis, ouv. cité p. 1-47.
[2] *Ibid.* p. 246-419.
[3] *Ibid.* p. 47-246.
[4] *Ibid.* p. 475.
[5] *Ibid.* p. 479.
[6] *Ibid.* p. 4.

L'expérience lui montra qu'il ne saurait exister de nuits sans rêve et qu'il fallait accuser plutôt sa mémoire, là où il avait constaté tout d'abord une interruption réelle dans le déroulement des tableaux oniriques. Il remarqua encore, fait intéressant à noter, qu'il arrivait à avoir sur ses rêves une puissance de contrôle « pour en précipiter au besoin le cours dans telle ou telle direction qu'il lui convenait de leur imprimer [1] ». Sorti de l'enfance et essayant de connaître ce que les auteurs pensaient sur le sommeil et les rêves, il arriva à la constatation, d'ailleurs facile, que « les psychologues et les physiologistes les plus célèbres avaient à peine jeté quelques rayons d'une lumière indécise sur ce qu'il imaginait avoir été de leur part l'objet d'une élucidation directe ». Le problème qui l'amusait tout d'abord l'intéressa ensuite, d'autant qu'il remarquait, que de plus en plus, il avait conservé dans le rêve une certaine liberté d'esprit. Il continuait à noter ses rêves et il ne manquait pas de secouer même avec violence, son sommeil pour noter avec le crayon placé tout près de son lit « presque à tâtons, les yeux demi-fermés » les images fugitives des rêves « si promptement évanouies devant le grand jour. »

A l'objection toute naturelle que l'auteur ne dormait point, pendant qu'il croyait réellement dormir, il répond comme il suit : « A cela, je répondrai sincèrement que je fus tout d'abord disposé moi-même à le soupçonner. Des maux de tête m'assaillaient, et je crus devoir interrompre mes élucubrations nocturnes; mais un repos d'esprit relatif m'ayant rendu la santé sans altérer cette faculté définitivement acquise de m'observer parfois en rêvant, et vingt années s'étant écoulées depuis il faut admettre, ce me semble, que j'avais simplement éprouvé, au moral, ce qu'éprouvent, au physique, ceux qui développent par une gymnastique violente les si grandes ressources du corps humain : au lieu d'une courbature des membres, c'était une fatigue momentanée de l'esprit que j'avais ressentie. Or, si je suis porté à croire qu'il y aurait des organisations rebelles aux habitudes psychiques que j'ai contractées, comme il en est aussi d'incompatibles avec les exercices du trapèze et du tremplin, je n'en demeure pas moins aussi très persuadé qu'en s'y prenant, ainsi que je l'ai fait, dès l'âge où la nature se prête si complaisamment à tout ce qu'on exige d'elle, bon nombre de personnes arriveraient à maîtriser comme moi, les illusions de leurs songes, résultat inattendu sans doute, mais non point morbide ni anormal [2]. »

Le journal de l'auteur forme vingt-deux cahiers remplis d'images coloriées, et il représente non moins de neuf mille cent quarante-six nuits, (environ cinq ans). Pendant les six premières semaines presque toutes les narrations sont coupées et pleines de lacunes ; il y a des jours où l'auteur avait noté qu'il ne se souvenait de rien. La dernière mention de sommeil sans rêve remonte à la cent soixante-dix-neuvième nuit. Tandis que les oscillations de la mé-

[1] Hervey de Saint-Denis, ouvr. p. 5.
[2] *Ibid.* p. 8.

[illegible]

« 2° [illegible] — [illegible] »

« 3° [illegible] — [illegible] »

Six mois d'attention [illegible] avaient suffi à l'auteur pour accoutumer son esprit à veiller sur les rêves, et sa mémoire à les fixer. Depuis cette époque, pendant plus de vingt ans, il ne s'est pas passé un jour sans que la mémoire du réveil soit [illegible] et [illegible] les excursions nocturnes de la pensée à tel point que d'Hervey pensait trouver le fil de tout son travail intellectuel.

L'analyse des rêves intéressa l'auteur, surtout quand se souvenant de ses rêves, il aperçut les problèmes que de pareilles études posaient à toute pensée curieuse de pénétrer un peu plus dans ce domaine étrange des phénomènes « psycho corporels » comme il les appelle. Avec le temps son mode d'observation évolua. Il lui arriva une nuit de rêver qu'il écrivait ses songes : au réveil, il n'avait pas eu conscience de cette situation toute particulière. L'idée du regret le poursuivit pendant plusieurs jours, quand le même songe revint avec la modification assez curieuse d'ailleurs, que les idées accessoires occupaient le rôle principal. Il eut, prétend-il, l'impression exacte qu'il rêvait et surtout qu'il pouvait envisager les particularités de la trame onirique de manière à mieux fixer et à garder le souvenir. Cette nouvelle méthode devint la seule qui l'intéressa. Il eut le sentiment de sa situation réelle *dans le rêve*, situation de sujet et d'objet en même temps, à la deux cent septième nuit de son journal ; la seconde fois à la deux cent quatorzième. Six mois plus tard le fait se reproduit deux fois sur cinq nuits ; au bout d'un an trois fois sur quatre nuits et après quinze mois ce fut presque d'une manière quotidienne et depuis il ne lui arriva guère de s'abandonner aux illusions d'un songe « sans retrouver, du moins par intervalles, le sentiment de la réalité[1] ».

[1] Hervey de Saint-Denis, *Ibid.* p. 17. L'Académie des sciences morales et politiques, section de philosophie donne pour sujet de concours, en 1885, « La théorie du sommeil et des songes » ; d'Hervey de Saint-Denis voulut se présenter, mais des scrupules, que le lecteur de cet auteur saisira parfaitement, l'empêchèrent. Il fut arrêté par l'impossibilité d'esquisser le plan complet. Voici, à titre de curiosité, l'exposition du sujet mis au concours : « Du sommeil au point de vue psychologique. — Quelles sont les facultés de l'âme qui subsistent ou qui sont suspendues ou considérablement modifiées dans le sommeil ? Quelle différence essentielle y a-t-il entre rêver et penser ? — Les concurrents comprendront dans leurs recherches le somnambulisme et ses différentes espèces. — Dans le somnambulisme naturel y a-t-il conscience et identité personnelle ? — Le somnambulisme artificiel est-il un fait ? — Si c'est un fait, l'étudier et le décrire dans ses phénomènes les moins contestables, reconnaître celles de nos facultés qui y sont engagées et essayer de donner de

Pour Hervey de Saint-Denis « songe » et rêve » sont des termes qui ont le même contenu, donc le même sens ; et il les emploie simultanément sans aucune différence. Il dépeint le rêve : « la représentation aux yeux de notre esprit des objets qui occupent notre pensée ». La mémoire est pour l'auteur comme une glace recouverte de collodion qui garde continuellement et « instantanément l'impression des images projetées sur elle par l'objectif de la chambre noire » ; la mémoire a en plus la supériorité de se renouveler d'elle-même par ses propres moyens d'action. Des images fondamentales — des *clichés souvenirs* — s'emmagasinent à l'infini dans la mémoire et souvent à notre insu. Il y a, en outre, une différence intense entre le fait du souvenir conscient et de celui de la connaissance de quelque chose qu'on retrouve dans sa pensée sans savoir qu'on s'est souvenu. Ces *clichés souvenirs* constituent un des éléments fondamentaux de la théorie du rêve. La netteté des images du rêve dépend de la perfection avec laquelle ces images fondamentales se sont originairement formées. Il y a pourtant des images tout à fait imparfaites, mais cela dépend de l'imperfection du sommeil. Si nous ne pouvons avoir aucune notion de certaines images, c'est un fait simplement passager ; nous avons perdu les souvenirs qui présidèrent à la formation de ces clichés souvenirs. En modifiant le célèbre axiome, d'Hervey conclut : « *Nihil est in visionibus somnorum quod non prius fuerit in visu* », rien n'existe dans les images des rêves qui n'aurait existé tout d'abord dans la réalité, qui n'a été vu en d'autres termes.

La nature des clichés souvenirs est un élément à considérer. La vie multiplie, modifie continuellement ces clichés souvenirs. L'imagination humaine qui court, qui plane, qui invente (dans la mesure de cette création du nouveau), de l'inconnu l'y trouve continuellement dans le rêve. Du reste, imaginer c'est combiner, faire appel à la mémoire, donc à ces clichés-souvenirs. Entre rêver et penser, il n'y a qu'une seule différence, la confirmation par la vie réelle. L'hallucination proprement dite n'est que le songe d'un homme éveillé. Le rêve nous présente tout l'échafaudage de la construction mentale qu'on n'aperçoit que rarement dans la vie réelle, la vie de la pensée consciente éveillée pour traduire exactement la pensée de cet auteur.

L'association des idées, ou la manière, selon l'auteur, comment s'établit en rêve le cours des idées, est expliquée assez ingénieusement. Hervey ne manque pas l'occasion de critiquer avec infiniment d'esprit les théoriciens qui savent trouver dans le système nerveux l'explication de toutes choses et qui ne sont pas embarrassés pour répondre : Les fibres cérébrales ne sont pas toutes fortement ébranlées et de la même manière « Pour moi, ajoute t-il, je réponds humblement : j'ignore ce qui se passe

cet état de l'âme une théorie, selon les règles d'une saine méthode philosophique. » — Le lauréat fut Lemoine qui réussit d'accommoder son sujet aux exigences d'un cadre fourni d'avance et qui avait effrayé le marquis d'Hervey de Saint-Denis.

à la [illegible] de nos [illegible] cérébrales. Mais voici ce qui s'est passé dans le domaine direct à mes appréciations plus modestes. [illegible] le [illegible] de ses rêves dans son journal, celui [illegible] une [illegible] et un rêve de [illegible] pour préciser sa [illegible] de la manière [illegible] notre mémoire se meut. [illegible] dans le rêve des choses, en dehors de [illegible] grâce à la [illegible] de l'imagination. L'homme qui ne sait pas même tenir le crayon à la main peut devenir [illegible] au sommeil un [illegible] il invente, il crée, il exécute lui, qui, au fond est incapable de rien de pareil, un aperçu de temps en temps dans le panorama des scènes les monuments d'art, des travaux artistiques [illegible] au-dessus des facultés du rêveur.

La [illegible] vers un [illegible] : « Ou accorder une [illegible] à l'imagination de l'homme endormi, ou reconnaître qu'il devait posséder à son insu déjà dans les arcanes de sa mémoire tous les [illegible] capables de fournir ces remarquables visions. » Le surnaturel ne saurait jouer aucun rôle dans de pareilles [illegible] pratiques. Il faut donc incliner la balance vers la [illegible] dessins coloriés du journal d'Hervey lui fournit l'illustration [illegible] le considérable et subconscient jouant par [illegible] il cite exemple suivant : « Sur les murs d'un corridor il retrouve accrochée une vieille caricature sur laquelle se [illegible] calqués les traits et l'accoutrement d'une sorte de fantôme [illegible] en songe deux ans auparavant[2]. » Il y avait plus d'une année écoulée entre l'époque où il avait dû jeter un coup d'œil sur la caricature et son rêve : le souvenir était si effacé qu'il avait pu dessiner et colorier le fantôme de son rêve sans penser à la vieille caricature. Il cite, à titre de document, une aventure vraie d'ailleurs : le songe dans lequel il vit en perspective la fameuse église de Sainte Gudule et des vues de Bruxelles, tel qu'il est exposé avec des détails constitue une expérience scientifique.

Dans le rêve, les images, selon d'Hervey, s'associent, s'enchaînent suivant l'enchaînement des idées sensibles ; il y aura toujours corrélation entre « le mouvement déterminé par l'association des idées et l'évocation instantanée des images qui viendront successivement se peindre aux yeux de notre esprit[3]. » L'image du rêve est la copie de l'idée. Le principal est l'idée, la substance ; la vision n'est qu'accessoire. Cela établi, il faut savoir suivre la marche des idées, il faut savoir analyser le tissu des rêves ; l'incohérence devient alors compréhensible, les conceptions les plus fantasques deviennent des faits simples et parfaitement logiques. Il y a une marche à suivre dans la manière dont l'analyse doit procéder dans ses incursions ; les panoramas oniriques ont leurs sentiers et une attention bien soutenue pousse à grimper, paraît-il, même dans

BOSTON MEDICAL LIBRARY DEC 20 1913

[1] Hervey de Saint-Denis. *Ibid.*, p. 23.
[2] *Ibid.*, p. 28-33.
[3] *Ibid.*, p. 35.

ces palais enchantés si brillants et si émouvants dans leur architecture toute tissue d'images de songes.

Entre le rêve et la vie de veille il y a des états intermédiaires ; la *rêvasserie* en est une, et des plus typique. L'analyse des états de rêvasserie ne les rapproche-t-elle pas des songes ; la manière dont on passe de la vie de veille, (la vie réelle, lucide, dirigée par notre bon plaisir, par la conscience), au sommeil nous donne l'explication de toute la construction des tissus des rêves. Le marquis d'Hervey rappelle à ce sujet le cas du philosophe génevois : Georges Le Sage qui était sur le point, la légende le dit en tout cas, de devenir fou en s'efforçant inutilement de retrouver dans son esprit cette transition de la veille au sommeil. La rêvasserie, la somnolence, phénomènes éprouvés par tous les êtres, donnent pourtant la possibilité de retrouver cette transition ; dès qu'on commence à s'engourdir, dès qu'on est pris par cette torpeur bien connue de la somnolence, les images se dessinent plus claires, plus limpides à l'horizon de la conscience. On dirait que les images sont devenues subitement plus intenses, plus éclairées : un jet de lumière indéfinisable met plus en relief toutes les images, toutes les idées. Les visions se colorent ; elles se dessinent plus nettement. Dans l'insomnie, évoquée à juste raison, par l'auteur, ou dans l'attente impatiente du sommeil, on a la sensation que celui-ci est bien proche dès qu'on commence à distinguer des visions plus nettes, plus précises. L'assoupissement avec visions claires a, selon le marquis Hervey, des instants de sommeil véritable. La transition s'opère tout doucement et sans que l'enchaînement des idées soit interrompu.

Les rêves les plus bizarres trouvent même une explication des plus logiques quand on sait les analyser. La rêvasserie la plus simple contient en elle même quelques éléments incohérents, il y a des confusions de temps et de lieu. Le souvenir évoqué entraîne toute une foule d'autres réminiscences jadis perçues dans le même plan, dans le même horizon. Tant qu'on pensera, ce tableau ne se dessinera guère, mais il sera en lumière dès qu'on rêvera et le maximum de son éclat n'aura lieu que dans le sommeil complet. Tous ces tableaux ne s'effacent pas aussi vite les uns comme les autres, il y aura des confusions, d'où des bizarreries. « C'est ainsi que si je me crois premièrement en Suisse, écrit l'auteur, si j'aperçois des chalets qui me rappellent celui de Jules Janin, à l'entrée du bois de Boulogne, et si le souvenir de Jules Janin, me remet en mémoire quelque célèbre cantatrice que j'aurais rencontrée chez lui, j'imaginerais peut-être que j'entends chanter cette artiste au milieu des cascades ou des glaciers [1] ».

Sa chère comparaison avec la lanterne magique est de nouveau utilisée pour expliquer cette confusion, ces combinaisons à l'infini, ces mutations capricieuses, dont Granville avait eu jadis le sentiment, quand son crayon esquissait une série graduée de silhouettes

[1] HERVEY DE SAINT-DENIS, p. 35.

commençant par celle d'une danseuse et finissant par celle d'une bobine aux mouvements furieux.

Un élément qui contribue à la confection de ces monstruosités, de ces résultats si inconcevables au premier abord, c'est l'*abstraction*, cette disposition curieuse de notre esprit.

En résumé tous les évènements des songes doivent nécessairement se rapporter à un de ces deux phénomènes suivants, ou aux deux :

« 1° Déroulement naturel et spontané d'une chaîne continue de réminiscence ».

« 2° Intervention subite d'une idée étrangère à celles qui formèrent la chaîne, par suite de quelque cause physique accidentelle[1] ».

Le troisième élément qui peut concourir à la fonction des rêves est la volonté et son action durant le sommeil.

III

Nous avons résumé les idées directrices du marquis d'Hervey et sa doctrine sur les rêves. Examinons à présent ses observations pratiques et analysons avec lui ses fameux moyens de diriger les rêves, ce qui constitue l'objet de sa troisième partie.

Les points capitaux qu'il se propose de démontrer sont les suivants ;

1° Qu'il n'est point de sommeil sans rêve.

2° Que ni l'attention, ni la volonté ne demeurent nécessairement suspendues pendant le sommeil.

3° Quelle est la marche des tissus de rêves et quel est le moyen de les évoquer ou de les conduire.

La *première* série de ses observations tend surtout à démontrer la première proposition : pas de sommeil sans rêve. Les extraits des plus anciens cahiers du journal le prouveront amplement. Le réveil fortuit lui confirma petit à petit ses premières impressions. Il se fit réveiller cent soixante fois pendant son premier sommeil à différentes époques de sa vie, notamment durant trente-quatre nuits consécutives et il a constaté, comme le disait excellemment le Dr Cerise dans l'introduction de l'ouvrage de Macario, que sa pensée était toujours occupée par une image quelconque.

Expérimentant avec un ami intime avec lequel il avait fait un assez long voyage et qui soutenait qu'il n'avait jamais eu de rêve dans son premier sommeil, il arrive à lui prouver le contraire : « Un soir, quand il dormait, écrit le marquis d'Hervey, depuis une demi-heure environ, je m'approche de son lit, je prononce à mi-voix quelques commandements militaires : « Portez armes ! » Apprêtez armes ! » etc. et je l'éveille doucement.

— Eh bien ! lui dis-je, cette fois encore n'as-tu rien rêvé ?

— Rien, absolument rien, que je sache.

— Cherche bien dans ta tête.

[1] Hervey de Saint-Denis, *Ibid.* p. 44.

— J'y cherche bien et je n'y trouve qu'une période d'anéantissement très complet.

— Es-tu bien sûr, demandai-je alors, que tu n'as vu ni soldat[1]...»

Au mot de « soldat », il s'interrompt frappé par une réminiscence subite. « C'est vrai ! c'est vrai ! me dit-il, oui, je m'en souviens maintenant ; j'ai rêvé que j'assistais à une revue. Mais comment as-tu deviné cela ? »

L'expérience répétée plusieurs fois prouva que le sujet une fois mis dans la voie des réminiscences retrouvait facilement plusieurs visions antérieures, dont il n'avait gardé en réalité aucun souvenir conscient.

Le sommeil des autres ne diffère donc en rien du sien et le marquis d'Hervey poursuit l'étude et l'exposition de son propre sommeil. De quatre exemples de rêve[2] il résulte que le passage de l'état de veille à l'état de rêve se fait au moyen des réminiscences sensorielles, particulièrement des réminiscences visuelles ; parfois par la mémoire des sons : on songe ensuite à quelque opinion discutable. On cause alors avec soi-même et on suppose des objections dans la bouche des personnes de notre connaissance ou des êtres imaginaires. Il a noté seize observations de ce genre. Il n'a remarqué aucune interruption dans l'enchaînement des idées « sans qu'il se produise, en un mot, entre ces deux états, une sorte d'interrègne intellectuel[3]. »

L'intensité dans la vivacité des images est toujours en rapport avec la profondeur du sommeil ; en d'autres termes, plus le sommeil est profond, plus les images sont vives, et vice versa. En se faisant réveiller souvent à des heures différentes de la nuit et en jugeant de la profondeur du sommeil par la difficulté qu'il éprouvait à s'y arracher, il a constaté que le rêve était d'autant plus vif que cette difficulté était grande. « Quand, par un simple effort de volonté, j'ai su me réveiller moi-même (ayant conservé en rêve le sentiment de ma véritable situation), j'ai toujours remarqué qu'il fallait un effort plus grand pour secouer un rêve bien lucide que pour chasser des visions incohérentes, des tableaux pâles et indécis[4]. »

Si au moment de vous endormir vous concentrez votre attention sur un souvenir ou sur une image vous remarquerez, écrit notre auteur, que dans cet isolement de l'esprit il y aura une augmentation dans la netteté des images naissantes qui constituent le rêve, de ce que Maury appelait les « hallucinations hypnagogiques. » Au contraire, si on est réveillé petit à petit, lorsqu'on est bien endormi, on constatera une diminution de cette intensité, diminution graduelle, et à mesure que le sommeil se dissipe, les visions perdent

[1] HERVEY DE SAINT-DENIS, *Ibid.*, p. 25.
[2] HERVEY DE SAINT-DENIS, *Ibid.*, p. 253, 254, 256, 257.
[3] HERVEY DE SAINT-DENIS, *Ibid.*, p. 255.
[4] HERVEY DE SAINT-DENIS, *Ibid.*, p. 260. Sur quatorze personnes avec lesquelles l'auteur s'est entretenu sur la possibilité de s'observer soi-même en rêvant, neuf sont parvenues très vite au résultat ; une seule lui a déclaré n'avoir pu vraiment y parvenir ; les quatre autres arrivèrent à des résultats peu précis quoique confirmatifs.

sensiblement de leur netteté, elles passent par diverses phases. Avec sa finesse d'observation, le marquis d'Hervey fait observer qu'il ne se charge pas de nous montrer le rôle que jouent les fibres cérébrales dans ces réactions successives, mais qu'il se contente de constater que l'engourdissement du corps porte l'esprit à s'isoler et que l'isolement de l'esprit engourdit le corps. La pratique nous donne l'habitude de rêver, d'analyser, de nous souvenir de nos rêves. L'entraînement est donc à considérer quand le sommeil est complet, l'action de la volonté sur les muscles est suspendue ; on peut commander en rêve tous les mouvements possibles sans arriver à aucun résultat; dès que le sommeil « s'altère », il n'en est plus de même : la volonté reprend son action sur les muscles et chaque mouvement caractérisé contribue à dissiper l'engourdissement. « L'immobilité que le rêveur s'efforce de garder » ne sera donc pas purement imaginaire ; elle favorisera le sommeil. — « Dès que le rêve reprend son cours le réveil immédiat sera conjuré [1] ». La transition de la veille au sommeil est caractérisée par une progression dans la netteté des images et le retour de la vie réelle par la diminution de cette intensité. Les songes les plus clairs sont les plus suivis, parce que l'isolement mental est plus grand, toute communication avec le milieu ambiant et les excitations extérieures étant suspendue. Si on est réveillé deux heures après s'être endormi et si on essaye de se rappeler les rêves et si on les note pour les comparer aux rêves du matin lorsqu'on s'éveille naturellement, on constatera — ce qui est d'ailleurs parfaitement vrai — la justesse de ses observations.

A quelque moment qu'il fut réveillé ou qu'il se fut éveillé tout seul, le marquis d'Hervey a toujours eu le sentiment d'un rêve interrompu.

Retenons encore de ces *premières* observations que la période la plus ou moins longue de nos rêves, dont nous pouvons garder le souvenir au réveil ne remontait jamais, ni dans son propre cas, ni dans les expériences faites sur d'autres sujets, au delà d'un laps de cinq à six minutes. Ce temps est pourtant suffisant pour laisser dans notre esprit des impressions qui correspondent à des journées entières. Le temps se mesure toujours par le nombre et la nature des événements qui défilent devant nous et auxquels nous assistons. L'histoire de ce mangeur de haschisch citée par Hervey, qui dans une nuit crut avoir vécu cent années est démonstrative au plus haut point. Il est fort possible que pendant douze heures il ait vu défiler plus d'événements qu'il ne saurait en tenir dans cent ans ! Tous nous traversons dans nos rêves d'une nuit de quoi remplir des années d'existence, si par hasard le matin nous étions capables de nous rappeler tous nos rêves ; or cela est impossible car notre mémoire fait défaut.

Le sommeil est donc continuellement hanté de rêves ; l'expérience le prouve, et on trouve l'explication des théories contraires précisément dans le défaut de mémoire, l'élément le plus à consi-

[1] Hervey de Saint-Denis, *Ibid.*, p. 264.

dérer dans de pareilles recherches, selon mon humble avis. Il n'y a jamais de suspension de la pensée et la transition entre ces deux états se fait graduellement sans aucun arrêt.

La *seconde* catégorie des observations de l'auteur se réfère au rôle de l'*attention* et de la *volonté*, qui ne sont pas nécessairement suspendues pendant le sommeil.

Pour modifier la trame des rêves à notre gré, il faut s'adresser à l'action combinée de l'attention et de la volonté. A l'état de veille, on est toujours maître de fixer sa pensée, mais d'une manière définie ; dans le rêve, l'attention fixant un sujet donné, sa portée est plus grande, plus sensible. Le rêve donné comme exemple est typique [1] ; les actes de volonté et d'attention sont admirablement réunis ; je ne cite pas ce rêve de peur de trop allonger mon analyse. Pendant ce rêve, l'auteur a eu manifestement son libre arbitre, car il s'agissait de faire un choix entre deux chemins qui se présentaient devant lui, et l'association des idées lui avait fourni des images adéquates à la voie choisie par lui. Il a guidé réellement son rêve. Il y a des cas où de nombreux rêves échappent à la puissance de la volonté, surtout lorsque les images évoquées sont de nature violente. La volonté agit non seulement dans la direction des songes lucides, mais aussi sur les songes incohérents ou passionnés. Les exemples abondent dans le livre d'Hervey de Saint-Denis, exemples de rêve avec volonté et attention [2], avec volonté sous forme de désir [3], avec volonté dirigeante [4], avec attention et volonté [5] ; ce dernier est de toute première valeur documentaire. Il résulte de ces rêves qu'on peut changer brusquement le cours d'un rêve et évoquer les images qui vous plaisent. La pensée peut faire renaître aisément la trame des rêves, à condition de s'y appliquer.

La possibilité de la réapparition volontaire comme par enchantement d'une fameuse irruption de monstres donna du courage à l'observateur et, dans les six semaines suivantes, ayant eu seize fois dans le rêve la conscience de son état, il put renouveler l'expérience neuf fois, changeant brusquement le cours de la vision. Depuis il ne cessa de diriger ses rêves. Il donne comme résultat les proportions suivantes obtenues sur une moyenne de quarante-deux observations. Vingt trois fois la réussite fut complète, c'est-à-dire substitution immédiate de l'image désirée ; treize fois le résultat fut mixte, c'est-à-dire pas tout à fait conforme à ses vœux ; quatre fois des associations d'idées inattendues apparurent au moment de la mutation volontaire des images ; une fois la vision se retrouva devant ses yeux, quand il la croyait chassée, et une fois l'expérience amena le réveil.

Quand on fait naître dans le rêve une situation dans laquelle on n'a jamais pu se trouver en réalité, comme par exemple sauter de

[1] Hervey de Saint-Denis. *Ibid.*, p. 271.
[2] *Ibid.* p. 277.
[3] *Ibid.* p. 278.
[4] *Ibid.* p. 280.
[5] *Ibid.* p. 281.

la fenêtre d'un cinquième étage, se brûler la cervelle, se couper la gorge avec un rasoir, la mémoire et l'imagination se tirent merveilleusement du piège. Il s'opère des revirements d'idées, par l'association des idées-images provoquées. L'effort de l'attention devient douloureux dans le rêve quand l'association spontanée des idées prend une allure rapide et multiplie devant « les yeux de l'esprit des images auxquelles il ne peut se défendre d'accorder une part de curiosité ou d'intérêt ». Les formes arrêtées comme un visage par exemple, se fixent difficilement. La volonté peut se rendre maîtresse du sommeil, et le marquis d'Hervey soutient qu'on peut provoquer le réveil immédiat dès qu'on s'aperçoit qu'on est le jouet d'un rêve.

Le sentiment de la réalité se mêle souvent aux illusions du songe, et les jugements déraisonnables que l'on porte ne prouvent point une défaillance mentale; les exemples de la *troisième* série des observations l'expliquent amplement[1].

La *quatrième* catégorie d'observations intéresse la part que prennent la mémoire et l'imagination dans la formation des rêves. Retenons de ces observations, pleines d'ailleurs d'analyses pénétrantes et fines, tout d'abord que, pour l'auteur comme pour Dugald-Stewart, ces deux fonctions psychiques se confondent; il accepte même la dénomination de *mémoire-imaginative*, combinaison de ces deux éléments intellectuels. La mémoire du rêveur est plus grande, plus riche que celle de la personne éveillée; elle atteint une puissance inimaginable[2]. Donc le rêve peut évoquer des images, des personnes et des données précises sur des situations dont on ne croit pas avoir entendu parler en réalité; les arcanes de la mémoire sont « d'immenses souterrains où la lumière, de l'esprit écrit l'auteur, ne pénètre jamais mieux que lorsqu'elle a cessé de briller au dehors. Que l'on ne s'étonne donc pas si l'on revoit en songe, avec une lucidité merveilleuse, des personnes mortes ou absentes depuis très longtemps, si l'on retrouve dans leurs moindres détails des lieux qu'on visita, des airs qu'on entendit, ou même des pages entières que l'on a lues plusieurs années auparavant[3] ». Il existe des rêves où nous gardons la mémoire d'un rêve à un autre[4]. On constate aussi dans la structure du rêve, surtout lorsqu'il s'agit de le diriger, une disposition toute particulière de l'esprit à procéder par voie de dialogue, surtout lorsqu'il raisonne ou réfléchit[5]. L'induction logique ne manque pas dans le rêve et elle peut se retrouver dans toutes les broderies des associations des images-idées directrices ou de celles évoquées. Il y a dans le rêve, selon le marquis d'Hervey, une sorte de dédoublement moral; il y a comme « une querelle entre le *moi* et l'une de ses facultés, personnifiée en dehors de lui-même ». L'illusion de nous considérer étrangers au travail de notre propre mémoire

[1] Hervey de Saint-Denis. *Ibid.*, p. 293, 294, 295, 296, 297, 298.
[2] *Ibid.* voir rêve p. 304.
[3] *Ibid.* voir rêves p. 306, 309.
[4] *Ibid.* voir rêve p. 311.
[5] *Ibid.* voir rêves p. 315, 317, 318.

accroît la puissance de cette faculté, d'autant plus grande qu'elle se développe plus spontanément. La puissance créatrice de l'imagination est particulièrement mise en jeu pendant le sommeil, elle peut mettre en œuvre les matériaux fournis, de telle sorte qu'elle arrive à reconstruire des images inédites dans leur ensemble, fait d'ailleurs connu et auquel le marquis d'Hervey n'apporte que des documents en plus [1]. Il pose le problème de cette mystérieuse imagination créatrice et il s'émerveille devant son action sans savoir ce qu'il en faut penser. Il se demande s'il faut attribuer le travail créateur incontesté de la pensée pendant le sommeil à l'action du sommeil qui emprunte à l'imagination créatrice cette puissance inouïe, ou bien si c'est la mémoire qui, sous l'influence et sous l'empire « d'une concentration des forces non moins surprenante », sait tirer de ses arcanes secrètes des souvenirs récoltés parfois à son insu.

La *cinquième* série d'observations concerne l'exaltation de la sensibilité morale et de la conceptivité intellectuelle en rêve, et les travaux de l'esprit que l'on exécute en rêvant. Rien d'important à retenir de ces observations. On retrouve le littérateur fin, le traducteur des poèmes chéris ; il nous donne plutôt des considérations théoriques. Il est à remarquer néanmoins le rêve d'un joueur d'échecs [2], qui est analysé à tel point que l'auteur arrive à se demander s'il ne s'agit pas d'une puissance imaginative spéciale, d'une mémoire distincte dont les joueurs d'échecs seraient doués. Eveillé, le joueur était incapable de se représenter mentalement et par le seul effort de sa pensée la série des combinaisons qui lui avaient facilité la solution finale du problème. Citons encore le cas des vers composés en dormant [3] et celui du mathématicien illustre [4]. Hervey de Saint-Denis précise enfin l'influence de certains rêves sur le moral des hommes et sur les actions de la vie réelle, et incline à croire que, pour les femmes surtout, on apprend mieux à connaître les inclinations par leur songe que par la manière d'agir en réalité. Des associations d'idées-images, dont on ne se souvient même pas, se poursuivent certainement pendant la vie réelle. Les cauchemars auraient sur les enfants des influences même dangereuses sur le caractère.

La *sixième* série d'observation concerne l'exaltation en rêve de la sensibilité physique, et les indications pathologiques qui peuvent en résulter. A retenir de ces faits d'abord cette constatation, d'ailleurs devinée par les anciens, que tout rêve qui se répète est un symptôme à considérer au point de vue de la séméiologie et indique un état de souffrance. Les songes bien suivis paraissent se trouver plus souvent chez les gens d'un parfait équilibre intérieur ; les blessés, comme les gens en proie à une grande

[1] Hervey de Saint-Denis, *Ibid.* voir rêves p. 321, 323, 324.
[2] *Ibid.* voir rêve p. 340.
[3] *Ibid.* voir rêve p. 335.
[4] *Ibid.* voir rêve p. 344-348.

surexcitation morale ont des rêves peu suivis et peu lucides[1].

La *septième série* d'observations est plus personnelle, plus intéressante à examiner ; elle se réfère à la marche de l'architecture onirique et surtout à plusieurs moyens de rêver à ce que l'on désire, et au moyen d'écarter les images fâcheuses dont on est parfois obsédé. Les auteurs classiques d'un commun accord affirment la difficulté de saisir la trame des associations des idées dans le rêve ; Hervey de St-Denis n'est pas de cet avis. Il faut savoir selon lui saisir les transitions qui s'opèrent en rêve en les classant, si possible, chronologiquement dans la mémoire. Les liens des associations des idées peuvent procéder en suivant l'ordre dans lequel les souvenirs se sont emmagasinés dans la mémoire en dehors de toute affinité[2], ou selon le procédé de l'abstraction.

Pour provoquer certains rêves et rêver par suite à ce que l'on veut il faut tenir compte des deux conditions suivantes. « 1° Si l'on parvenait à établir artificiellement une corrélation non moins immédiate et non moins constante entre quelques sensations particulières et quelques idées (même d'un ordre tout moral) chaque fois que l'une de ces sensations serait en outre provoquée, le même phénomène devrait se reproduire, à savoir le rappel immédiat de l'idée devenu solidaire de cette sensation ». 2° Les sujets auxquels nous pensons, en rêve, devenant par cela même les sujets de nos rêves, le fait de pouvoir rappeler certaines sensations, chez un homme endormi, en agissant sur ses organes, devrait avoir pour conséquence la possibilité de faire rêver ce dormeur aux sujets dont la notion serait devenue chez lui solidaire des sensations ainsi provoquées[3] ».

Il faut distinguer en outre dans la trame du rêve les idées primaires et les idées secondaires ; les premières sont suscitées par des causes physiques spontanées ou artificielles, telles qu'un bruit, une odeur etc. et très peu sur l'action de la volonté ; tandis que les secondes sont le produit instinctif de l'activité de notre esprit[4]. Hervey de St-Denis attire notre attention sur un phénomène particulier à remarquer dans la trame des rêves, qu'il appelle supersonnels ; il s'agit de ce qu'il désigne par *rétrospection*, ou en d'autres termes du fait de saisir l'initiative du dernier rêve qui appartient tout entière à la sensation spontanée, en dehors de toute marche apparente et réelle. L'esprit peut être ramené à une idée par l'intermédiaire d'une sensation dont il n'est pas conscient ; les rêves cités à ce sujet sont extrêmement curieux[5]. Toutes les transactions de l'esprit se font surtout grâce à l'abstraction ; les transformations successives que l'inspiration opère sont retrouvables et il n'est point nécessaire que « la trame d'un rêve soit logiquement suivie pour qu'elle soit réellement ininterrompue ».

[1] Hervey de Saint-Denis. *Ibid.* Voir rêves p. 363.
[2] *Ibid.* Voir rêves p. 372.
[3] *Ibid.* p. 376.
[4] *Ibid.* voir rêves, 379, 381, 383, 384, 386, 387. Le rêve de la page 381 est reproduit en couleur dans le livre.
[5] Hervey de Saint-Denis, *Ibid.*, p. 395, 400.

L'esprit, pour employer ce terme trop cher à l'auteur, ne s'étonne guère du contenu étrange et bizarre des songes. Le rôle que fait jouer, et à juste titre, l'abstraction dans l'architecture des rêves est intéressante à connaître et sur ce point le marquis rêveur est plus fin, plus psychologue même que le subtil Alfred Maury. Les abstractions forment pour lui le lien « le plus ordinaire » de toutes nos idées à l'état de songe ainsi qu'à l'état de veille, avec cette différence seulement qu'il se produit dans les rêves une véritable fusion ou confusion « entre les deux idées que l'abstraction a rapprochées », modification d'autant plus importante, quand on se rappelle les modélations des clichés-souvenirs, du matériel de la mémoire faites pour ainsi dire par l'imagination [1]. L'analyse des rêves trouve dans leur contenu des abstractions de plusieurs qualités : il y en a de sensibles, liées plus intimement avec les éléments sensoriels, de concrètes (des images) ; des abstractions morales et des abstractions « d'un ordre purement abstrait », cet ordre se trouve surtout chez les hommes adultes et résulte des conditions psycho-sociales, comme par exemple : croyances, traditions, symboles, etc. Je regrette de ne pas citer les rêves publiés par l'auteur au sujet de la transition de « l'esprit » de l'ordre abstrait à l'ordre sensible, réel ; on ne pourrait plus à propos citer des rêves et surtout les interpréter et les commenter. « Les abstractions, conclut-il, sont des opérations de l'esprit si fréquentes qu'il sera difficile, je crois, d'analyser minutieusement un rêve d'une certaine étendue sans en découvrir plusieurs. Il en est, du reste, un peu de nos rêves comme de ces mélanges chimiques très compliqués dans lesquels une infinité de choses sont combinées. L'essentiel n'est point de les retrouver toutes, mais de dégager à propos celles dont on a quelque intérêt à constater la présence [2] ».

La *huitième* est la dernière série d'observations des plus intéressantes mais qui n'ajoutent rien de nouveau aux affirmations et aux couclusions précédentes ; elle servent plutôt comme illustration, comme éclaircissement de quelques dernières propositions.

Les premières illusions du sommeil sont toujours ou presque, des hallucinations visuelles : elles constituent le prodrome du vrai sommeil. Ces hallucinations ont une trame très complexe ; parfois elles représentent des objets déterminés et souvent des images tronquées, des fragments, des sensations, des petits soleils qui tournent, des bulles de couleurs variées qui apparaissent et disparaissent rapidement du champ visuel, des légers fils d'or, d'argent, de pourpre, de vert émeraude, qui s'enroulent, qui s'enlacent et qui se divisent en mille formes géométriques, pour la plupart régulières semblables selon Hervey de St-Denis à ces fines arabesques qui ornent les fonds des tableaux byzantins. De cette multitude informe des images, Hervey détache celles qui sont bien déterminées, elles appartiennent à la catégorie des rêves

[1] Hervey de Saint-Denis, *Ibid.*, voir Par l'abstraction les rêves de la p. 409-418.
[2] *Ibid.* p. 415.

ordinaires. Celles des hallucinations hypnagogiques qui rappellent les fusées des feux d'artifice ont été étudiées soigneusement à l'aide des documents coloriés réunis par l'auteur ; il publie dans son livre même quelques spécimens. Hervey fait remarquer dans sa graduation des couleurs, les formes régulières des éléments coloriés ou non, qui composent ces croquis, et songe à les comparer à certaines cristallisations naturelles. Voici quelques hallucinations hypnagogiques. « Une fumée blanche semble passer comme un nuage épais chassé par le vent. Des flammes s'en échappent par instants, si éclatantes qu'elles impressionnent douloureusement ma rétine. Bientôt elles ont absorbé le nuage ; leur éclat s'est adouci ; elles tourbillonnent, forment de larges cocardes noires à l'intérieur, rouges et orangées vers leur bord extérieur. Au bout d'un moment elles s'entrouvrent graduellement par le centre et ne forment plus qu'un mince anneau doré, une sorte de cadre au milieu duquel je crois voir le portrait d'un de mes amis [1] ».

Second exemple : « Un monticule de couleur verte se dessine au milieu du champ que mes regards intérieurs embrassent. Je distingue peu à peu que c'est un amas de feuilles. Il bouillonne comme un volcan en éruption ; il grossit et s'élargit rapidement au moyen des forces mouvantes qu'il rejette. Des fleurs rouges sortent à leur tour du cratère, en formant un énorme bouquet. Le mouvement s'arrête. L'ensemble dure un moment très net ; et puis le tout s'évanouit [2] ».

Ces visions embryonnaires ont pour Hervey de St-Denis le cachet de la transition par abstraction des formes sensibles qui leur est commun avec beaucoup de rêves parfaits. Ce sont donc des phases graduées d'un même phénomène : le rêve, et nullement des phénomènes d'un ordre tout particulier, comme le pensait Alfred de Maury.

Les exemples de rêves que le marquis d'Hervey nous donne sur la manière dont les idées s'éclairent, dont les images se fondent, se transforment ou se substituent les unes aux autres sont des plus curieux [3]. Citons entre autres à titre de documentation, ceux qui se réfèrent à la substition de la personnalité dans le rêve, soit qu'il s'agisse d'une substition d'une autre personne [4], mécanisme dont nous avons indiqué la clef parlant de ce que l'auteur considère comme la *superposition des images*, soit qu'il s'agisse de la transplantation du rêveur au milieu d'une action rêvée, tout d'abord objectivement par lui-même [5]. Curieux aussi le rêve (deux exemples) concernant la substutition des sexes [6].

[1] Hervey de Saint-Denis, *Ibid.* p. 422.
[2] Hervey de Saint-Denis, *Ibid.* p. 423.
[3] Hervey de Saint-Denis, *Ibid.*, p. 425 et 446.
[4] *Ibid.* p. 426. 427.
[5] *Ibid.* 429, 430, 434. Son journal contient 17 exemples, dans neuf cas, il s'assimile des situations pénibles, dans huit il prend la place des autres sujets.
[6] *Ibid.* p. 434. 435.

La mémoire peut nous faire des surprises bizarres capricieuses, mais comme on l'a vu, l'explication est possible, par la connaissance même des matériaux emmagasinés par la mémoire ; l'idée principale d'un rêve s'enchevêtre avec des idées secondaires [1], deux idées évoluent en même temps ; pourtant fouillant notre mémoire, ayant connaissance de la manière dont notre volonté agit sur la conduite et sur la texture de la trame des rêves, nous nous apercevons des liaisons d'un rêve à l'autre [2]. Citons encore les exemples sur la logique des rêves [3]. Une expérience ingénieuse fut tentée par l'expérimentateur sur la mémoire imaginative des rêves. Il possédait un album chinois, qui représentait des palais, des paysages, des scènes fantastiques le tout figuré avec un coloris et une vivacité vraiment orientaux. « On voyait un Sardanapale de la race jaune gravement assis au milieu d'un essaim de jeunes Asiatiques à la taille de guêpe, aux doigts effilés, aux pieds impossibles, lui faisant toute sorte de coquetteries, et jouant de toutes sortes d'instruments. Des ponts encombrés d'une multitude bigarrée, des bois mystérieux peuplés de bandits à figure débonnaire, et puis des kiosques de toute forme, des arbres chargés de fleurs colossales, des clairs de lune, des animaux bizarres, et des processions de palanquins à n'en plus finir [4]. » Il examina attentivement plusieurs jours de suite cet album, essayant d'associer à son esprit les impressions qui en résultaient au souvenir sensoriel inspiré en même temps à son odorat par l'aspiration réitérée d'une poudre de fleurs, produit oriental d'un parfum tout particulier [5]. » Trois fois il fit des songes très variés où il crut voir les images de l'album mises en mouvement et mêlées avec d'autres incidents, avec d'autres images, mais que l'imagination variait en leur donnant une vie active commune. Deux fois au contraire, des sites réels, des amis ou des personnes de sa connaissance « dont l'association des idées avait évoqué les images à la suite de celles qui n'étaient que des réminiscences de l'album, et dont l'imagination s'est servie pour tisser une action nouvelle » se présentèrent aux yeux de son esprit, non plus sous leur aspect d'objets véritables, mais sous celui d'une collection de gravures et d'aquarelles sans vie et sans relief.

Pour expliquer enfin les rêves pendant lesquels on commet « des actes méchants » ou considérés comme tels et sans que nous puissions nous empêcher de les commettre, à l'encontre d'Alfred Maury, le marquis d'Hervey de Saint-Denis croit que l'extrême exaltation de la sensibilité physique ou morale provoque la suspension du libre arbitre. Il croit remarquer dans ses rêves que parfois

[1] Hervey de Saint-Denis, p. 436.
[2] *Ibid.* p. 432, 433, 437, 439.
[3] *Ibid.* p. 448-461.
[4] *Ibid.* p. 457.
[5] Hervey de Saint-Denis, p. 458. Lire encore les rêves détachés publiés à la fin de ce chapitre et particulièrement les six concernant l'imagination et la mémoire, p. 467-470 ; à citer ceux aussi concernant la direction des rêves au milieu du sommeil pendant que l'auteur étudiait l'association des rêves, p. 463-466.

la crainte de faire une action coupable suffit pour faire commettre l'action dans le rêve. « L'homme peut se défendre de commettre une action mauvaise, mais non pas s'empêcher d'en avoir la pensée [1] ».

Or, dans un rêve, avoir la pensée devient la chose inévitablement accomplie. Les événements s'accomplissent alors sans la participation de la volonté et cela si rapidement qu'on n'a pas le temps de faire la moindre réflexion. La faculté de réfléchir, la volonté n'a pas été supprimée ; elle est simplement devancée par la précipitation trop considérable des événements [2].

IV

L'idée maîtresse qui dirige ce beau travail expérimental, d'ailleurs amplement prouvée, est que la volonté a une influence prédominante sur les constructions oniriques et que le dormeur peut à son gré modifier, conduire, diriger et aider l'évolution de la capricieuse architecture des rêves. La volonté, soit spontanément, soit consciemment peut dominer toutes les complications des images-idées, qui se bousculent, qui déroutent, ou qui paraissent se dérober aux analyses les plus minutieuses. Il n'y a pas de sommeil sans pensée ; à aucun moment du sommeil l'attention, la volonté, l'intelligence, ne cessent de fonctionner. Au contraire les phénomènes intellectuels comme l'imagination, la mémoire, la sensibilité gagneraient une énorme puissance psychique ; Pendant le sommeil les facultés sont plus évocatrices, leurs investigations plus fines, plus délicates, plus fouillées. L'intelligence endormie en apparence est vivace et si parfois l'attention est affaiblie, de même que la volonté, l'activité mentale existe et persiste pendant tout le temps de l'occlusion des paupières.

On peut se rendre maître de la marche des images oniriques et pour y arriver on a besoin, selon le marquis Hervey de Saint-Denis, des trois conditions suivantes :

1° Posséder en dormant la conscience de son sommeil, habitude qui s'acquiert promptement par le seul fait de tenir un journal de ses rêves ;

2° Associer certains souvenirs au rappel de certaines perceptions sensorielles, de manière que le retour de ces sensations, ménagé pendant le sommeil, introduise au milieu de nos songes les idées-images que nous en avons rendu solidaires ;

3° Ces idées-images contribuant dès lors à former les tableaux de nos rêves, la volonté (qui ne fera jamais défaut quand on saura bien que l'on rêve), en règlera le développement selon l'application du principe que penser à une chose c'est y rêver.

Quand une image quelconque évoque des souvenirs et qu'on a le sentiment du rêve on peut aisément voir des routes conçues

[1] Hervey de Saint-Denis. *Ibid*, p. 474.

[2] Mentionnons aussi les observations publiées en appendice (p. 475-488) dans les rêves après avoir pris du « hastchich », comme dit l'auteur. Il donne des exemples qui prouveraient que les rêves narcotique ne sont que des modifications plus ou moins morbides des vrais rêves, que la volonté peut les diriger. Il expérimente sur un sujet en pleine santé.

volontairement. Et ces faits, le marquis d'Hervey les soumet au contrôle patient de chacun et demande qu'on contrôle sciemment ses données, mais qu'on persévère avant de porter un jugement.

Le travail du marquis d'Hervey est, à mon avis, un des mieux faits sur les rêves ; il est mieux conçu psychologiquement même que celui d'Alfred Maury ; il représente une étape dans l'historique des études sur le rêve et il sera toujours à lire. Des recherches de Maury il nous restera l'analyse de ce qu'il appelait l'*embryogénie du rêve*, l'histoire des hallucinations hypnagogiques ; le marquis d'Hervey, pénètre plus intimement dans le problème, il est plus psychologue et en nous donnant la méthode pratique de diriger nos rêves, il jette par ses observations claires, vraiment expérimentales et précises une lumière vive, malheureusement peu connue des auteurs contemporains. Entre les données expérimentales de Maury et d'Hervey, il y avait une différence notoire à cause de la manière dont ces auteurs envisagent le problème ; pour Maury la physiologie expliquait tout, l'auteur se contente presque comme Lemoine d'admettre comme vrais psychologiquement tous les schémas de la dynamique cérébrale ; d'Hervey traite le problème en vrai psychologue : l'esprit dont il invoque souvent la mystérieuse existence est plus apte à expliquer les hypothèses de ces constructions psychologiques et il se demande à juste raison, si la physiologie est capable d'expliquer ce grave problème. Ayant horreur des schémas il se livrait à l'analyse de ses documents et de ses observations, avouant à chaque pas qu'il utilisait les données de sa conscience de rêveur, de sa sensibilité, sans se soucier si son mécanisme psycho-corporel pourrait lui donner la clef. Ne pouvant pas suivre tout le trajet des fibres nerveuses jusqu'au cerveau et n'imaginant pas le jeu fantastique de la mécanique cérébrale il demandait aux faits, à ses seules données mentales la solution pratique des éléments principaux du problème qu'il poursuivait, laissant les grandes questions dans leur position classique, ou ne se le posant guère.

On pourrait adresser de nombreuses critiques aux recherches du marquis d'Hervey. La principale est l'auto-suggestion qui entre nécessairement en jeu dans toute analyse aussi fine et aussi personnelle. A l'époque de l'auteur les phénomènes de la suggestion étaient très peu connus, comme on le sait et à tel point que même plus tard la Salpêtrière ne l'admettait guère. Le fait que le marquis d'Hervey a remarqué chez les autres les mêmes phénomènes que chez lui est certainement suffisant pour parer aux critiques ; mais il ne tient pas compte de la systématisation de la pensée, cette systématisation subconsciente qui fait de nous-mêmes des comédiens demi-conscients. La suggestion entre en jeu facilement dès qu'une idée fixe occupe notre attention ; elle systématise nos idées, notre subconscient, et tout en voulant chercher le pourquoi, on prépare facilement soi-même la solution de la manière la plus honnête et la plus volontaire. Cette critique pourrait pourtant être corrigée par l'expérimentation objective

sur une plus grande échelle, par l'objectivation des faits, ce que j'ai cherché de faire. Une seconde critique c'est que le marquis d'Hervey s'intéresse peu, (en tout cas plus que Maury), au sommeil; pour cet auteur le sommeil et le rêve sont des phénomènes identiques; en traitant de l'un, on s'occupe certainement de l'autre, c'est comme deux termes linguistiques ayant le même contenu. Cette critique d'ailleurs peut être adressée à tous les auteurs, et je crois avoir été le premier qui ait pris en principe la distinction psychologique et physiologique entre ces deux phénomènes psycho-physiologiques qui, à mon avis, doivent être considérés d'une manière toute différente. J'y reviendrai lors de l'exposition de mes recherches. Aussi la mesure de la profondeur du sommeil doit rentrer en ligne de compte. Pour Hervey, qui confond les hallucinations hypnagogiques avec les rêves et qui ne constate qu'un seul élément de rêve dès qu'on ferme les yeux pour dormir l'intensité du sommeil jouait un rôle secondaire; néanmoins il considère que « l'esprit » est continuellement active même dans le sommeil le plus profond.

Le marquis d'Hervey attribue en sorte un rôle presque insignifiant aux excitations organiques et les considère comme nulles ; cela vient à mon avis de l'idée préconçue et *à priori* qu'il se faisait de la prépondérance de l'esprit et presque de son indépendance, dans la mécanique psycho-corporelle. Pourtant à plus d'un de ses rêves, on pourrait déceler des éléments sensoriels jouant un rôle prépondérant et agissant contre la volonté du dormeur.

Le marquis d'Hervey tout en étudiant admirablement la psychologie des rêves ne s'intéresse guère des conditions du sommeil et de la mentalité du sujet avant de s'endormir, et par cela il néglige des éléments intéressants qui entrent d'une manière spéciale dans la construction des rêves. Il faut retenir d'Hervey ce fait de toute importance, que la volonté, ayant une influence sur les rêves, les images qui peuplent le cerveau avant le sommeil, n'ont qu'une valeur tout à fait secondaire. La Psychothérapie pourrait tirer grand profit de cette constatation, que mes recherches ont confirmée plus d'une fois, d'ailleurs comme une grande partie des conclusions de Hervey de St-Denis. La volonté agissant dans le rêve et modelant la pensée qui rêve on pourrait au besoin, et certainement, constituer une thérapeutique du sommeil et même de la veille, en connaissant surtout l'influence capitale de la vie de rêve sur la veille, du lendemain.

Le mérite du marquis d'Hervey est vraiment réel à ce point de vue. J'irai plus loin que cet auteur, et je crois qu'on ne pourra constituer une réelle psychothérapie que lorsqu'on saura de quelle manière on pourra modifier la structure des rêves ; mais la volonté n'est pas suffisante, car pour pouvoir vouloir il faut avoir de la volonté et les psychologues tout en essayant de la créer ou de la suppléer ne connaissent pas encore ce que c'est et quel est son mécanisme.

Le marquis d'Hervey, pour finir, proteste, une fois de plus, et avec raison contre l'éternelle comparaison du sommeil et de la

mort, cliché abondamment usé par tous les auteurs anciens ou modernes, qui se sont occupés du rêve. Le dormeur n'a guère l'apparence d'un cadavre et on ne pourra pas contester l'anéantissement complet du *moi* dans cet assoupissement complet de la pensée. La comparaison est fausse en tous points bien que plus d'une fois on entende cette affirmation ; elle alimente d'ailleurs presque toutes les observations consacrées aux rêves depuis Maury et Hervey et constitue cette doctrine matérialiste des rêves qui pousse certains auteurs à chercher même un centre cérébral du sommeil et du rêve, et qu'accepte en bloc et sans critique la doctrine du dynamisme cérébral : cette si simpliste schématisation de quelques moyens mécaniques pratiques, capables selon ses partisans d'expliquer tout, de comprendre tout ! La fonction exige l'organe, et comme la pensée est considérée comme une secrétion du cerveau, il va de soi qu'il sera facilement acceptable de comparer le sommeil et la mort, et surtout d'affirmer l'absence des rêves pendant le sommeil profond. « N'est-ce point d'ailleurs une idée bizarre que celle de prétendre comparer une situation qu'on ne connaît guère, avec un autre état qu'on ne connaît pas ? » (la mort), se demande Hervey ? [1] Il préfère l'axiome classique qui considère la vie comme un songe et il finit par cette proposition qui révèle le littérateur fin que fut l'auteur de ce travail, le marquis d'Hervey de Saint-Denis, un lettré psychologue et expérimentateur dans le vrai sens du mot : « A ceux, écrit-il, pour qui c'est un songe pénible — (la vie), — elle laisse du moins l'heureuse pensée de se réveiller dans la mort ».

Expérimentalement les recherches du marquis d'Hervey resteront dans la série de nos efforts pour la connaissance de la psychologie de ce phénomène qui occupe le tiers de notre vie « le rêve » ; elles doivent être reprises, confirmées, complétées et surtout connues. La Psychothérapie sera la première à tirer le plus grand profit de ces analyses et de ces conclusions aussi impérieuses que logiques et scientifiquement conduites [2].

[1] Hervey de St-Denis. *Ibid.* p. 478.

[2] J'analyserai dans un prochain travail critique tous les travaux sur la psychologie des rêves publiés en France depuis Maury et Hervey jusqu'à nos jours.

CONGRÈS

NOTICE SUR LE PREMIER CONGRÈS BELGE DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE

(Liège, 28 au 30 septembre 1905)

Par Mlle le Dr I. Ioteyko

Chef des travaux au laboratoire de psycho-physiologie de l'Université de Bruxelles
Présidente du premier Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie

(Suite[1])

II. — **Rapports.** — Les travaux du Congrès comprennent trois rapports en réponse à trois questions : l'une de neurologie *(la ponction lombaire au point de vue diagnostique et thérapeutique)*, l'autre de psychiatrie *(le travail considéré comme moyen thérapeutique)*, et la troisième de psychologie *(le sens de la douleur)*. Cette idée d'introduire la psychologie dans le programme de nos Congrès, doit être considérée comme très heureuse. Non pas qu'il soit nécessaire de rappeler ici toute l'importance de la psychologie pour la neurologie et la psychiatrie. Qui ne connaît l'œuvre de Charcot, de Ribot, Pierre Janet, Kræpelin, Toulouse, Sollier, Binet, G. Dumas, etc., etc., qui ont donné l'explication des troubles psychiques observés dans les maladies nerveuses et mentales ! L'hystérie, cette « grande simulatrice », pour employer l'expression imagée de Charcot, a été et sera encore une source inépuisable d'observations psychologiques du plus haut intérêt. L'étude des maladies de la mémoire, de la volonté, de l'attention, a enrichi successivement la psychologie morbide de faits nouveaux en même temps qu'elle permettait de saisir plus intimement le mécanisme de ces phénomènes psychiques.

Mais la science va toujours en s'approfondissant et en élargissant son domaine. C'est aujourd'hui le règne de la psychologie basée sur l'expérimentation. Aussi, l'introduction de la psychologie physiologique dans la neurologie et la psychiatrie est une idée nouvelle qui certainement est destinée à opérer une vraie révolution dans le diagnostic des maladies. La psychologie nouvelle est basée sur l'expérience et demande de ses adeptes les qualités d'expérimentateur. C'est parce qu'on a soumis certains phénomènes psychiqnes à l'expérimentation régulière, qu'on est arrivé à connaître la vraie nature de ces phénomènes.

Rapport de Mlle le Dr I. Ioteyko : Le sens de la douleur[2]. Il est

[1] Voir le N° de Janvier 1906.

[2] I. Ioteyko. *Le sens de la douleur*, brochure de 84 p. 1905, Bruxelles, chez Lamertin, 20, rue du Marché-au-Bois. En dépôt à Paris, chez Maloine, 25, rue de l'Ecole de Médecine.

presque impossible de résumer ce travail très documenté et qui renferme une bibliographie de *172* numéros. C'est pour la première fois que dans une œuvre d'ensemble la question de la spécificité des nerfs dolorifiques a été traitée d'une façon approfondie. Max Von Frey a fait pour les nerfs de la douleur, ce que Magnus Blix et Goldscheider avaient fait auparavant pour les nerfs de la pression et pour les nerfs de la température. Grâce à l'emploi des excitants punctiformes, M. Von Frey a reconnu que la douleur n'apparait que lorsque on aura touché certains points déterminés de la peau, les points de douleur *(Schmerzpunkte.)* Ces points sont fixes et distincts des points de pression et des points de température. Il y a localement une séparation complète entre les points de pression et les points de douleur. Les points de pression et les points de température ne sont pas douloureux. Dans la cornée il n'existe ni des points de pression ni des points de température, mais uniquement des points de douleur. C'est pour cette raison que l'excitation de la cornée est toujours douloureuse. La conjonctive est aussi dépourvue des points de pression ; elle ne ressent que la douleur et le froid. L'intensité de la douleur peut varier. Pour la cornée et pour la conjonctive, il arrive que, le contact léger n'étant pas senti, il devient douloureux quand il agit à la longue. Ces recherches ont permis à V. Frey de tirer les conclusions suivantes : *il existe deux seuils pour la peau : un seuil, situé plus bas, pour les sensations de pression ; un seuil, situé plus haut, pour la douleur. Ces deux sensations sont distinctes localement. Mais il existe des régions qui sont sensibles seulement à la pression, d'autres seulement à la douleur.* L'existence des terminaisons nerveuses et des nerfs spécialement affectés à la douleur est donc prouvée.

Ces expériences ont même permis à M. Von Frey, de rapporter les quatre sens cutanés à quatre catégories de terminaisons nerveuses : les organes correspondant à la pression sont les *corpuscules de Meissner ;* l'excitation des *terminaisons nerveuses libres* donne lieu aux sensations de doulenr; les *corpuscules de Krauze* sont affectés aux sensations de froid et les *corpuscules de Ruffini* servent pour la sensation de chaud. Ces expériences ont été confirmées par Alrutz, Thunberg et d'autres.

Voici l'énumération des chapitres du rapport de I. Ioteyko : *Chapitre Ier.* L'excitant de la douleur. — *Chapitre II.* Algométrie. Topographie de la douleur. — *Chapitre III.* Organes périphériques de la douleur. — *Chapitre IV.* Voies de conduction et centres supposés de la douleur. — *Chapitre V.* Asymétrie dolorifique. — *Chapitre VI.* Les dissociations. Analgésie. — *Chapitre VII.* Signes de la douleur. — *Chapitre VIII.*

La douleur selon le sexe, l'âge, la race, la profession et dans les états pathologiques. La douleur chez les animaux. — *Chapitre IX*. De quelques caractères physiologiques et pathologiques de la douleur. Irradiation. Intermittence. Addition latente. Retard dans la perception. — *Chapitre X*. Théorie biologique de la douleur. Son rôle phylactique.

On voit par conséquent que, grâce à des découvertes de la psychologie expérimentale, la question de la douleur se pose de façon totalement différente que par le passé. Et pour le médecin aliéniste et neurologiste s'ouvre un nouveau champ d'études des plus fructueux. On connaissait depuis longtemps en clinique les altérations du sens de la douleur, les altérations du toucher, du sens thermique, etc. Souvent même le diagnostic de la maladie a pu être basé sur ces perturbations. Mais l'étude globale de la sensibilité cutanée ne pouvait mener qu'à une analyse très grossière. Dès à présent, le médecin s'armera d'instruments nécessaires pour étudier le nombre et la distribution des points pour la douleur, des points pour la pression, des points pour le froid et des points pour le chaud, chez ses malades, ce qui permettra d'étudier séparément les altérations des quatre sens cutanés dont l'existence est aujourd'hui prouvée.

L'auteur a insisté p. 47 sur les résultats remarquables auxquels peut mener une étude de ce genre. Il existe des dissociations pathologiques autres que la syringomyélie, qui parlent en faveur de la séparation des différents sens cutanés. Dans la syringomyélie l'analgésie coïncide avec la thermo-anesthésie, et nous ne pouvons en tirer aucune conclusion quant à la spécificité des nerfs dolorifiques. Mais dans un cas de paralysie du bras, cité par Barker, il s'agissait d'une insensibilité au contact et aux excitations thermiques avec sensibilité à la douleur, aussi bien à la douleur mécanique qu'à la douleur thermique. Un froid léger et une chaleur légère n'étant pas sentis, deviennent douloureux quand ils dépassent 50°. C'est là une preuve que les excitations thermiques excitent à partir d'une certaine température les organes qui servent aux sensations de douleur, et cette excitation est accompagnée d'une sensation de douleur pure, sans sensations thermiques.

Des cas pareils doivent être rares, car dans toutes les dissociations quelles qu'elles soient, la sensibilité à la douleur est la première à disparaître. Mais du moment que l'éveil est donné, il importe de rechercher avec soin toutes les altérations possibles de la sensibilité.

La fatigue et la douleur ont ceci de commun, qu'elles ébranlent la conscience d'une façon extrêmement intense. Il existe encore

d'autres analogies. Alors que la *tonalité* de toutes les autres sensations se manifeste soit par le plaisir, soit par la souffrance, soit par l'état moyen d'indifférence (vision, audition, etc.), la tonalité de la sensation douleur et de la sensation fatigue ne peut correspondre au plaisir, mais elle est toujours désagréable pour l'être sentant. Et c'est ce côté désagréable, souvent même atroce, qui constitue le rôle *phylactique* de la douleur et de la fatigue : ces deux sensations, grâce à leur côté affectif si fortement développé, servent à protéger l'individu contre les excès de tout genre et contre le danger, par le souvenir des fatigues et des douleurs passées.

Le rapport de Mlle Ioteyko a donné lieu à une discussion très intéressante, à laquelle ont pris part MM. Bérillon, Demonchy, Lévy, Sollier (France), Spehl, Crocq (Bruxelles).

Rapport des Drs D. De Buck et A. Ley : La ponction lombaire[1]. — Ce rapport a donné lieu à deux publications distinctes, le premier des rapporteurs, ayant eu à traiter la question chez l'adulte, et le second chez l'enfant.

Voici les conclusions du très intéressant travail du Dr De Buck (de Froidmont) :

1° Le liquide céphalo-rachidien est un produit de sécrétion livré par l'épithélium épendymaire, surtout des plexus choroïdes; il se déverse dans la circulation lymphatique, soit directement par les espaces périvasculaires, qui communiquent avec le sac sous-arachnoïdien (Cathelin, Milian et d'autres), soit indirectement par diffusion (Sicard). Il recueille certains produits de désassimilation des centres nerveux et peut participer aux lésions traumatiques et aux réactions morphologiques de ces centres et surtout de leurs enveloppes méningées.

2° Parmi les caractères physiques du liquide céphalo-rachidien, c'est le chromodiagnostic qui fournit à l'heure actuelle le plus de renseignements diagnostiques. L'étude de la densité et de la pression osmotique présentent encore un intérêt plus scientifique que pratique.

Cette étude plaide en faveur de la nature sécrétoire du liquide céphalo-rachidien.

3° L'étude des caractères chimiques du liquide céphalo-rachidien n'a pas non plus jusqu'ici fait faire de grands pas au diagnostic des affections des centres nerveux. La présence de la choline et l'élévation du taux des phosphates plaident en faveur de l'organicité de l'affection. L'albuminimétrie ne peut pas remplacer l'étude cytologique. Il n'y a, en effet, pas de rapport direct entre ces deux facteurs. Toutefois, la haute teneur en

[1] Dr De Buck, brochure de 32 p. et D Ley, brochure de 16 p., chez Severeyns.

albumine plaide en faveur de la nature organique et spécialement de la nature paralytique de l'affection en présence. Nous ne pouvons jusqu'ici attacher de signification diagnostique positive à l'évaluation de l'alcalescence, des chlorures, de la matière réductrice (sucre). Nos recherches sur l'acétone, les corps à réaction diazoïque, l'ammoniaque, les hémolysines, ont été négatives, même dans les psychoses organiques les plus graves.

4° Les renseignements diagnostiques les plus importants sont encore fournis incontestablement par l'étude cytologique et surtout par la formule leucocytaire.

5° La perméabilité (de dehors en dedans) des méninges, ou plutôt de la membrane sécrétant le liquide céphalo-rachidien, demande de nouvelles et de plus amples recherches, qui seraient heureusement complétées par l'étude nécropsique des plexus choroïdes et de l'épendyme.

6° La toxicité du liquide céphalo-rachidien est faible.

7° Un examen bactériologique sur lamelle, par culture ou par inoculation à l'animal, peut souvent éclairer le diagnostic des méningites. La psychiatrie a jusqu'ici peu profité des recherches bactériologiques et les données histologiques semblent prouver que la bactériologie ne joue qu'un rôle effacé dans la pathogénie de la morbidité psychique.

8° Au point de vue thérapeutique, la ponction lombaire avec soustraction d'un volume variable de liquide céphalo-rachidien peut rendre des services comme moyen de décompression des centres nerveux et de drainage de matériaux septiques et toxiques.

La ponction répétée peut être curatrice dans la méningite franche. Elle ne rend guère de services en psychiatrie, même dans l'épilepsie.

La ponction suivie d'injection de médicaments, de sérums, à part la rachicocaïnisation, n'a encore guère franchi la période de tâtonnements, mais elle nous semble appelée à un avenir sérieux dans le traitement de certaines affections des centres nerveux.

En ce qui concerne l'enfant, voici les conclusions du Dr Ley :

1° La ponction lombaire chez l'enfant peut être considérée comme inoffensive, à condition d'observer quelques précautions; chez les sujets en dessous de deux ans, il faut toujours ponctionner l'espace lombo-sacré.

2° L'examen du liquide céphalo-rachidien constitue, tant par le cyto-diagnostic que par l'examen bactériologique, un moyen de diagnostic puissant, que tout praticien doit pouvoir employer. Actuellement, c'est dans les inflammations méningées que cet examen trouve son application la plus fréquente.

3° La ponction soulage et amende les ménigitiques en général. Elle a une valeur curative réelle dans l'hydrocéphalie et les méningites aiguës ; elle doit dans ces cas être répétee fréquemment.

4° L'innocuité de la rachicentèse permet d'en essayer l'emploi dans diverses affections, entre autres dans la chorée, la coqueluche, l'eclampsie, l'urémie, la surdité, l'incontinence d'urine.

Après l'exposé de ces rapports, plusieurs orateurs ont pris la parole, entre autres M. Sabrazès, qui a rappelé ses nombreuses observations et expériences sur la ponction lombaire ; M. Van Gehuchten, qui réclame des expériences faites sur les animaux pour décider de la question de l'innocuité pour l'homme des ponctions lombaires ; M. Boulenger, qui rapporte une observation personnelle, et M. Laruelle qui en rapporte plusieurs.

Rapport du Dr J. Cuylits : Le travail dans la thérapeutique des maladies mentales [1]. Le rapporteur arrive aux conclusions suivantes :

Il est exceptionnel que les maladies mentales puissent être heureusement influencées par le traitement moral du travail manuel ou psychique. Le travail ne peut prétendre qu'à être un moyen de distraction ou de diversion ; de tous les moyens de diversion il est peut-être le plus dangereux, parce qu'il sollicite des activités d'organes excités ou affaiblis à qui seul le repos convient.

D'ailleurs, l'aliéné, d'instinct ou obéissant à des sollicitations, ne se livre à un travail suivi que s'il est convalescent ou guéri, c'est-à-dire s'il n'est plus un aliéné, pour le motif très simple qu'il ne saurait se distraire qu'à partir du moment où il dispose librement de son attention et de sa volonté.

A partir de ce moment, au même titre qu'un homme normal, il ne saurait pas ne pas se distraire et tout lui devient matière à distraction : Esope se contentait de jouer avec une perdrix.

De toutes les distractions, la meilleure est celle qui exige le minimum d'activité manuelle ou psychique.

Le travail qui, aisément et inconsciemment, entraîne une suractivité physique ou mentale, est une diversion souvent dangereuse ou néfaste.

On a donc pu dire, sans crainte d'être taxé d'esprit paradoxal, que le meilleur exercice est le repos.

En tout cas, le travail manuel, quel qu'il soit, est préférable à tout exercice intellectuel.

L'un et l'autre ne sont jamais que des diversions d'ordre humanitaire applicables à des rémissions ou à la convalescence.

[1] Brochure de 20 p. chez Severeyns.

Ont pris part à la discussion très vive qui s'en est suivie : MM. Sollier, Peeters, Beesan, Decroly, Swolfs, Masoin (de Dave), Famenne, Deny, Demonchy. L'assistance est d'accord pour affirmer que les conclusions de M. Cuylits sont trop exclusives. Son rapport a néanmoins rendu un grand service, en réagissant contre l'excès de travail qu'on impose à certains aliénés. Mais tous les aliénés ne sont pas des surmenés. Chez les non-surmenés le travail peut être un puissant moyen thérapeutique, non seulement comme diversion, mais en tant que travail. Le rapporteur s'est montré spiritualiste en ce sens qu'il a nié le rapport entre le moral et le physique, car c'est bien ainsi qu'il envisage les choses en proscrivant tout travail chez tous les aliénés.

En définitive, la question n'est pas résolue, mais le rapport de M. Cuylits a eu le mérite de contribuer à la bien poser. Car de la discussion s'est dégagée cette conclusion, qu'il faudrait un nouveau rapport, lequel au lieu de se prononcer pour ou contre le travail chez tous les aliénés, étudierait la question dans chaque cas particulier pour nous dire dans quels cas d'aliénation mentale le travail est nuisible, et dans quels cas il peut être utile.

III. — **Communications.** — *Prof. Aschaffenburg : Sur la symptomatologie de l'épilepsie.* — L'épilepsie n'est pas une maladie unique avec symptômes différents, mais elle comprend, en réalité, plusieurs formes d'affections cérébrales, qu'il est encore prématuré de vouloir distinguer. Puisque nous n'arrivons pas encore à séparer ces formes, il faut bien approfondir les symptômes.

L'auteur voudrait attirer l'attention sur le symptôme de la *mauvaise humeur.* On rencontre chez les épileptiques des périodes dans lesquelles ils sont irritables sans cause, ou bien tristes, avec le pressentiment d'un malheur imminent. Quelquefois, ces altérations d'humeur font suite à un accès convulsif ou bien le précèdent. Elles sont accompagnées d'autres symptômes nerveux. La fréquence de ce symptôme prouve son importance.

Dr F. Sano : Centres moteurs dans la moelle humaine. — Afin de fixer l'état actuel de nos connaissances au sujet des localisations motrices médullaires, l'auteur, prenant pour guide l'atlas de Bruce, a désigné méthodiquement pour chaque myélotome les noyaux moteurs connus.

Dr C. Parhon : Note sur une modification apportée à la méthode de Nissl pour l'étude des localisations motrices spinales. — L'auteur a montré récemment, avec Goldstein, que

la section transverse de la moelle exagère d'une façon considérable les altérations consécutives à la section du cylindre-axe des cellules motrices sous-jacentes. Ce fait doit être mis à contribution quand on ne peut arriver à établir, par exemple, la localisation d'un petit muscle des extrémités par la simple extirpation de ce dernier. On peut, dans ce cas, ajouter à cette extirpation la section transverse de la moelle au-dessus de la source de l'innervation motrice du muscle en question, pour augmenter et rendre plus appréciables les altérations des cellules motrices qui l'innervent.

Dr C. Parhon et Nadejde : Contribution anatomo-pathologique à l'étude des localisations motrices dans la moelle de l'homme. — Examen de la moelle cervicale d'un homme présentant une tumeur ganglionnaire de la région et altérant profondément les muscles.

Mlle Dr I. Ioteyko : L'analyse mathématique des courbes de fatigue comme procédé de diagnostic dans les maladies nerveuses. — Seules, les méthodes mathématiques sont en mesure de donner l'interprétation des courbes ergographiques. Avec la collaboration mathématique de M. Ch. Henry, il a été possible à l'auteur de démontrer que la courbe ergographique est la résultante de l'action de trois facteurs ou *paramètres*. Le paramètre (ou constante) *b* est relié à l'action des centres nerveux, le paramètre *c* à l'usure des hydrates de carbone, et le paramètre *a* à l'intoxication par les déchets des albuminoïdes[1].

Ces faits étant établis, un vaste champ d'études s'ouvre devant nous et notamment au point de vue des applications pratiques. Les paramètres restent constants, quand les conditions expérimentales restent les mêmes. Mais ils varient avec toute modification expérimentale ou pathologique qui influe sur la *forme* de la courbe. L'examen des courbes des *neurasthéniques* décidera si leur affection a une origine centrale ou périphérique. Dans les différentes paralysies médullaires, cérébrales ou périphériques, l'examen des paramètres des courbes (surtout si le côté sain peut être comparé au côté malade) permettra de diagnostiquer le siège de la maladie. L'auteur se promet de faire connaître prochainement les bases de l'*ergodiagnostic*, dont l'idée générale vient d'être esquissée.

Dr A. Debray : Hémianopsie d'origine corticale, — Description d'un cas intéressant.

Dr L. De Block : Recherches sur la valeur des procédés

[1] Voir la brochure de I. Ioteyko : *Les Lois de l'Ergographie*, chez Lamertin, Bruxelles, 1904, 172 pages.

cliniques de sphygmo-manométrie. — Démonstration d'appareils.

Dr A. Deroubaix : Le rire et le pleurer spasmodique. — Description de deux cas cliniques, l'un pseudo-bulbaire, l'autre hémiplégique, présentant tous deux le phénomène du rire et du pleurer spasmodique. L'auteur conclut que les accès de rire et de pleurer ne sont nullement en rapport avec l'état émotionnel des malades et qu'il n'existe vraisemblablement qu'une seule voie de conduction tant pour le rire que pour le pleurer.

Mlle Dr Lipinska : Un cas de gastrite hystérique traité par la psychothérapie.

Dr Bérillon : L'hypnotisme envisagé comme adjuvant à l'orthopédie mentale. — Communication avec projections lumineuses, dans laquelle l'auteur démontre les bons effets de la psychothérapie dans la guérison des vices, des mauvaises habitudes chez les enfants réputés normaux. Les enfants franchement anormaux ne sont pas hypnotisables.

Dr Sollier : L'héroïnomanie. — L'auteur démontre les mauvais effets de l'héroïne, qu'il faut bien se garder de substituer à la morphine chez les morphinomanes.

Dr de Bœck : Qu'entend-on par le terme de manie ? — Communication avec projections lumineuses, dans laquelle l'auteur conclut au démembrement de la manie dans le sens qu'on lui accorde habituellement.

Dr M. Faure : Sur une méthode de traitement des paraplégies spasmodiques par des exercices. Résultats de 40 cas. — La méthode comprend : 1° une première période d'exercices passifs de mobilisation, pendant laquelle on vient à bout des contractures ; 2° une deuxième période d'exercices volontaires. On règle la force de la contraction dans les muscles directeurs du mouvement et dans leurs antagonistes. Les résultats ont été très remarquables.

Dr M. Faure : La rééducation motrice des fonctions de nutrition chez les tabétiques. — L'auteur a réglé des exercices méthodiques permettant d'agir sur les troubles des fonctions de la vie de nutrition chez les tabétiques, comme les exercices indiqués par Frenkel permettent d'agir sur les fonctions de la vie de relation.

Ne pouvant résumer toutes les communications, je dois me contenter d'indiquer seulement les titres de quelques-unes : *Prof. Pitres : Le mariage des tabétiques.* — *Dr Picqué : Les indications de l'intervention chirurgicale chez les hypochondriaques.* — *Dr Lannois : Trépidation épileptoïde du pied et anesthésie chirurgicale.* — *Dr Heilporn : Note sur un cas d'acromégalie.* — *Dr Collet : La sensibilité trachéale.* —

Dr Glorieux : Clonus fruste de la rotule.— Dr Demonchy : Traitement de l'insomnie par l'action hypnogénique de la main.

Les membres du Congrès ont visité la clinique psychiatrique à l'asile Sainte-Agathe, le nouvel hôpital de Bavière, l'Institut d'anatomie, l'Institut de physiologie, la section scientifique de l'Exposition universelle de Liège, la maison de santé de Glain, où un lunch leur a été offert par M. et Mme Butgenbach. Des banquets leur ont été offerts par M. X. Francotte et par M. Glorieux.

Ce Congrès a inauguré brillamment la série des Congrès belges de neurologie et de psychiatrie. Il a obtenu de tous les côtés, de la Belgique et de l'étranger, les temoignages de la plus grande sympathie. J'adresse à tous les adhérents mes remerciements sincères pour l'appui scientifique et moral qu'ils nous ont prêté.

REVUE DES LIVRES

Précis de psychiatrie. E. Régis. O. Doin, Editeur, Paris, 1906. — Les éditions antérieures du travail de M. Régis portaient le titre suivant : *Manuel pratique de médecine mentale.* Celle-ci porte le titre de *Précis de psychiatrie.* C'est en effet un livre complètement nouveau par son plan, ses chapitres entièrement neufs, ses planches et ses figures.

Après un historique rapide sur les progrès de l'aliénation mentale, l'auteur consacre le premier chapitre du livre I, à l'étiologie générale, au mode d'évolution, à l'anatomie pathologique des psychopathies. Avant de donner la description des diverses formes mentales, il était nécessaire de décrire les éléments morbides qui les constituent. C'est le contenu du deuxième chapitre.

Ces éléments se divisent en deux catégories : 1° ceux qui concourent à former les psychopathies-maladies ou psychoses et qui lèsent l'organisme dans son fonctionnement ; 2° ceux qui concourent à former les psychopathies-infirmités et qui lèsent l'organisme dans sa constitution. A la première catégorie, correspondent comme troubles psychiques, les troubles de l'idéation (idées délirantes, délires, les troubles de la mémoire et de l'attention) ; les troubles des perceptions (hallucinations, illusions) ; les troubles de l'affectivité (anxiété, obsessions, phobies) ; les troubles de la conscience et de la personnalité, les troubles de l'activité (excitation, dépression, trouble de la mimique, du langage, impulsions). Les éléments des psychopathies-infirmités comprennent les stigmates physiques et psychiques de la dégénérescence.

Le livre II est consacré à l'étude de la pathologie spéciale qui comprend deux sections bien distinctes. A la première correspondent les états psychopathiques primitifs ; à la seconde les états psychopathiques secondaires ou associés.

Les états psychopathiques primitifs comprennent d'une part, les psychopathies-maladies ou psychoses et les psychopaties-infirmités.

1° *Psychopathies-maladies.* Les psychopathies-maladies se divisent en deux groupes : les psychopathies généralisées et les psychoses systématisées essentielles.

L'auteur avant de décrire les psychoses généralisées s'explique sur la légitimité aujourd'hui de plus en plus discutée de deux types de ces psychoses : la manie et la mélancolie. Pour lui, ces deux types sont bien réellement des types cliniques et ont droit à une place dans la classification. L'auteur considère ces états pathologiques comme bien définis, ayant une symptomatologie et une évolution très précises ; ces dernières assertions sont à discuter.

Après la manie, la mélancolie, la folie à double forme, M. Régis aborde l'étude de la confusion mentale aiguë avec ses diverses variétés. Un chapitre entièrement nouveau est réservé à la confusion mentale chronique qui n'est autre, d'après le professeur de Bordeaux, que la démence précoce décrite par les auteurs.

Les psychoses systématisées essentielles sont représentées par leur espèce unique : la psychose systématisée essentielle progressive dans laquelle rentrent tous les délires chroniques. Les délires systématisés aigus sont décrits au chapitre consacré aux psychoses des dégénérés.

2° *Psychopathies-infirmités.* Les psychopathies-infirmités ou infirmités psychiques se divisent en infirmités d'évolution ou dégénérescences et en infirmités d'involution ou déchéances.

Dans les infirmités d'évolution rentrent les déséquilibrations, les obsessions, les impulsions, les psychoses des dégénérés (le délire des persécutés-mélancoliques, le délire systématisé aigu, les délires des persécutés-persécuteurs, la folie morale, etc...), les monstruosités (imbécillité, idiotie).

Les déchéances sont représentées cliniquement par la démence qui peut être primitive (démence sénile) ou secondaire aux altérations du cerveau.

Après l'étude des états psychopathiques primitifs, l'auteur passe à l'étude des psychopathies symptomatiques ou associées, c'est-à-dire dans lesquelles la psychopathie n'est plus qu'un syndrome lié à un autre dont elle dépend. Ainsi se trouvent groupées naturellement les psychopathies des exo-intoxications (alcoolisme, saturnisme, morphinisme, etc...), les psychopathies des auto-intoxications (gastro-intestinales, hepatiques, rénales, diathésiques, traumatiques, etc...), les psychopathies des infections aigues (fièvre typhoïde, grippe, syphilis, tuberculose, cancer, etc...), les psychopathies liées aux névroses (épilepsie, hystérie, chorée), et aux maladies du système nerveux cérébro-spinale. C'est dans ces dernières que rentre la description de la paralysie générale.

Le livre III est divisé en deux parties : 1° la pratique médicale ; 2° la pratique médico-légale.

La pratique médicale de la psychiatrie comprend le diagnostic, le traitement, l'assistance des aliénés. L'auteur, au moyen d'un plan très bien fait, montre l'ordre que l'on doit suivre dans l'examen des malades. A signaler le chapitre de l'assistance des aliénés où les médecins non spécialisés trouveront les renseignements pratiques relatifs à l'internement des aliénés.

La pratique médico-légale traite de la responsabilité pénale des aliénés, des caractères principaux des crimes et des délits des aliénés, des expertises psychiatriques, du droit civil des aliénés. Ce chapitre est terminé par un aperçu de l'enseignement de la psychiatrie en France et à l'étranger et par la reproduction de rapports médico-légaux destinés à servir d'exemples.

Cette analyse succinte ne donne qu'une idée incomplète du plan suivi par M. Régis dans la nouvelle édition de son Précis de psychiatrie. Etudiants et médecins y trouveront un enseignement clair de l'aliénation mentale ; les spécialistes des détails de description et de diagnostic des psychopathies des plus utiles. On ne saurait trop admirer les incomparables qualités de fine observation, d'ordre, de méthode et de clarté de l'auteur. Ces qualités sont le propre de la science française et on est heureux de les retrouver réunis dans le travail de M. Régis à une époque où « par engouement, par snobisme, on en arrive à dépasser la mesure, à ne trouver rien de bon que ce qui nous vient du dehors ».

L. MARCHAND.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

(Séance du 29 janvier 1906)

I. *Installation du bureau. — Elections. — Commissions des prix. — Présentation d'ouvrage.* — II. M. KÉRAVAL : *Rapport.* — III. M. HAMEL : *Hypertrophie unilatérale de la face.* — IV. M. PRON : *Aphasie dans la tuberculose.*

I

M. VALLON, arrivé au terme de ses fonctions de président, prononce une allocution dans laquelle il adresse ses félicitations aux deux membres de la Société nommés récemment dans l'ordre de la Légion d'honneur, MM. Ritti et Marandon de Montyel.

M. BRIAND, prend place au fauteuil de président.

M. Revertégat est élu membre correspondant de la Société, après lecture d'un rapport de M. LWOFF. M. Capgras, médecin-adjoint de la colonie de Dun-sur-Auron, est élu membre correspondant, après lecture d'un rapport de M. SÉRIEUX.

La Société procède à la nomination des commissions de prix. Quatre mémoires ont été présentés pour le prix Aubanel (1.000 francs) : *Valeur diagnostique des symptômes oculaires aux différentes périodes de la paralysie générale, appuyée surtout sur des observations personnelles.* Pour le prix Esquirol, un seul mémoire a été envoyé. Pour le prix Semelaigne aucun mémoire n'a été déposé.

M. LAURENT offre à la Société un ouvrage qu'il vient de publier et qui a pour titre : *Physionomie et mimique chez les aliénés.*

II

M. KÉRAVAL lit un rapport sur un travail de M. STRANSKY, intitulé : *De la confusion du langage.* Ce mémoire comprend des expériences sur l'association des idées chez les gens normaux, chez les déments précoces et chez les paranoïaques.

III

M. HAMEL communique l'observation d'un idiot épileptique qui présente une *hypertrophie de la moitié gauche de la face* dont la cause n'est pas déterminée et montre des photographies de ce malade.

IV

M. PRON communique un *cas d'aphasie survenu chez un tuberculeux.* Le malade, un jeune garçon, avait eu une tuberculose de la hanche. La tuberculose pulmonaire à forme rapide se compliqua d'aphasie. Le malade succomba quelques jours après.

G. COLLET.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 11 mai 1905

Une forme anormale de démence précoce, par M. GILBERT-BALLET. — Présentation d'une malade âgée de 27 ans, dont l'intelligence s'est effondrée rapidement depuis l'âge de 20 ans. Cette malade à l'aspect d'une imbécile congénitale ; elle fixe encore assez facilement son attention, mais ne peut la retenir. De plus, sa mémoire est extrêmement diminuée ; au contraire, les sentiments affectueux sont conservés chez elle. De très loin en très loin, crises épileptiformes, ce qui fait supposer que la corticalité n'est pas intacte.

Caractères histologiques différentiels de la Paralysie générale et de la syphilis cérébrale, par MM. DUPRÉ et DEVAUX. — Etude des lésions de 18 cerveaux. Dans la P. G., infiltration périvasculaire par des plasmazellen, nombreuses cellules en bâtonnet dans l'écorce, prolifération diffuse de la névroglie, surtout au voisinage des vaisseaux, abondante formation de néo-vaisseaux. Dans la syphilis cérébrale, l'infiltration périvasculaire, lorsqu'elle existe, est formée surtout par des lymphocytes ; cellules en bâtonnets rares ; prolifération névroglique en foyers. Lésions vasculaires caractérisées par une prolifération endothéliale énorme et par l'hypertrophie de la membrane élastique.

Agonie lucide terminant au bout d'un an, chez une phtisique, un accès de mélancolie avec catatonie, consécutif au rhumatisme et à la chorée, par MM. ACHARD et PAISSEAU. — Malade de 18 ans qui, trois jours avant sa mort, recouvra peu à peu sa pleine conscience. Les règles, qui avaient constamment fait défaut depuis un an, reparurent. L'évolution de la maladie a bien montré qu'il ne s'agissait pas de démence, puisque les opérations intellectuelles persistaient et que la mémoire, entre autres, restait bien conservée, comme le prouva la disparition complète et remarquable des troubles mentaux au moment de la mort. Ce fait rentre dans la catégorie de ceux qu'à signalés M. Dupré au Congrès de Pau, et dans lesquels un syndrome rappelant de plus ou moins loin la démence précoce s'est terminé par guérison. Le retour des règles a pu jouer un rôle dans cette guérison éphémère, ainsi que la perturbation profonde survenue dans l'équilibre organique sous l'influence de l'asphyxie progressive et de la déchéance extrême des actes nutritifs. On connaît bien des exemples de fous qui recouvrent la raison aux approches de la mort, et l'on a vu des déments manifester alors quelque activité intellectuelle. Ces observations démontrent, comme l'a dit Dupré, « que l'inhibition du processus psychique l'emporte sur l'abolition réelle des fonctions. »

Hystéro-traumatisme vaccinal chez un vieillard, par MM. ACHARD et RAMOND. — Hémiplégie hystérique développée à la suite de la vaccination après une phase classique d'auto-suggestion, pendant laquelle le sujet, vivement impressionné par la complication inflammatoire, était tourmenté par la crainte de devenir paralysé. Cas remarquable chez un homme de 64 ans qui parait n'avoir subi jusque là aucune atteinte de la névrose.

Amnésie localisée rétro-antérograde ayant débuté brusquement par un ictus chez un paralytique général, par MM. ROY et DUPOUY. — Malade de 44 ans, atteint de la perte de la mémoire immédiate ou de fixation comme font les paralytiques généraux, mais, de plus, oubli limité à la seule période 1893-1905. Cette amnésie rétrograde, si exceptionnellement *localisée* dans le temps, chez ce paralytique général, est tout à fait comparable aux cas nombreux d'amnésie localisée survenue à la suite des traumatismes, de la pendaison, des émotions, etc. Il est

excessivement rare d'observer une amnésie ainsi localisée au cours d'une affection organique par essence diffuse, telle que la paralysie générale.

Séance du 8 juin 1905

Cécité verbale pure avec hémianopsie homonyme latérale droite. Persistance de la sensation de lumière brute dans le champ droit, par MM. Léopold Lévi et Taguet. — Homme de 65 ans, artérioscléreux, albuminurique. La cécité verbale est pure, car le malade ne présente pas d'agraphie, il y a donc conservation du langage intérieur. Il dessine mieux les yeux fermés que les yeux ouverts, mais ne peut ni copier, ni faire d'opérations arithmétiques. La lésion doit siéger en plein centre visuel et interrompre les fibres qui relient ce centre au pli courbe (aphasie de conductibilité). Fait curieux, une amélioration est survenue parallèlement pour le trouble visuel et la cécité verbale.

M. Brissaud pense que la pathogénie de ce cas ne doit pas être attribué à un œdème cérébral histologique surajouté au foyer de ramolissement, mais bien plutôt à une intoxication ayant donné lieu à quelque angiospasme dans un territoire artériel. La rééducation des aphasiques ou des hémiplégiques peut être très rapide si on la commence le plus tôt possible après l'ictus, lorsqu'il n'y a pas de complications graves.

Séance du 6 juillet 1905

Attitude extatique chez un douteur aboulique, par M. Gilbert-Ballet. — Malade de 29 ans, immobile, le plus habituellement muet, difficile à alimenter, les yeux grands ouverts et semblant fixer un point dans l'espace. Pierre Janet a fait observer déjà que les extatiques ne sont pas toujours des hystériques, mais souvent des scrupuleux. Janet attribue l'extase des scrupuleux aux émotions qui les hantent. Dans le cas présent, l'extase ne se rattache pas à un état émotionnel spécial surajouté à l'obsession aboulique, mais à l'aboulie elle-même.

Spasme du trapèze droit et tic de la face, par M. Babinski. — Homme de 26 ans, chez qui, depuis quatre ans, s'accomplissent des mouvements anormaux assez gênants pour le mettre dans l'impossibilité de travailler. Le rhomboïde, l'angulaire et surtout le trapèze participent à ces spasmes. L'omoplate se porte alors de bas en haut. Ce spasme est *parcellaire, déformant* et persiste pendant le sommeil. Il doit être dû à une irritation du nerf spinal. Chez ce même malade, contractions de la face à l'occasion de la parole et de la déglutition (flexion de la tête sur le tronc, tension des peauciers du cou, plissement du front, soulèvement des sourcils, des muscles, des joues et des lèvres). Ces contractions sont bilatérales, font défaut pendant le sommeil, et ne sont ni parcellaires, ni déformantes ; elles débutent avant que le malade ait commencé à parler. Ce tic, perturbation psychique, doit être causé par une auto-suggestion, dont le spasme du trapèze serait peut-être le point de départ. L'hypnotisation amène chez ce malade un état d'engourdissement, de torpeur, pendant lequel il lui est possible de parler sans faire presque aucune grimace.

Deux cas de surdité verbale congénitale, par MM. Taguet et Robert Fay. — Il s'agit de deux enfants (3 ans et demi et 5 ans et demi). Leur vocabulaire est très limité : « papa, maman, oui, non ». En dehors de ces quelques mots, ils ne parlent entre eux que par cris, monosyllabes incompréhensibles pour ceux qui les entourent. Comprennent tous les gestes, obéissent ainsi à un ordre et ne se font comprendre eux aussi que par gestes. Les mots restent pour eux des sons ne représentant rien dans leur esprit, n'éveillant aucune idée, aucune association dans leur intelligence. Les auteurs concluent à de la surdité verbale par vice

de développement de la première temporale gauche, chez des enfants ayant un développement général retardé, nés de mère âgée, conçus dans de mauvaises circonstances, après une grande émotion maternelle.

M. Pierre Marie fait quelques réserves sur la dénomination « surdité verbale », car l'aphasie est rare chez les jeunes enfants, et il existe chez eux bien des troubles de l'intelligence qui peuvent jusqu'à un certain point simuler l'aphasie, mais n'appartiennent cependant pas en réalité à ce syndrome.

Microbes du sang dans la démence précoce, par MM. Dide et Sacquépée. — Sang prélevé chez 20 malades atteints de démence précoce hébéphréno-catatonique. On peut rencontrer simultanément jusqu'à 3 microbes différents. 4 espèces constatées :

I. *Bacille en amas*, court, prend le Gram, amas de 4 à 50 éléments.

Cultures). Bouillon : Trouble intense, dépôt très abondant, cohérent, s'élevant en spirale par agitation du tube.

Gélose : Enduit épais, blanc ou blanc jaunâtre.

Gélatine : Pas de culture apparente (14-16°).

Pomme de terre : Développement peu abondant, enduit blanc ou incolore.

Lait : Pas de coagulation.

II. *Bacille long*, prend le Gram.

Cultures). Bouillon : Trouble à peine le milieu, dépôt grumeleux assez abondant.

Gélose : Colonies transparentes, puis opaques, blanc jaunâtre.

Gélatine : Culture festonnée, en nappe peu épaisse, liquéfaction en 2 à 15 jours.

Pomme de terre : Culture épaisse, blanc grisâtre.

Lait : Acidité marquée au bout de 8 jours. Coagulation inconstante.

III. *Bacille long*, ne prend pas le Gram.

Bouillon : Trouble uniforme, aspect moiré, sans voile ni dépôt.

Gélose : Colonies transparentes, puis opaques, blanc jaunâtre.

Gélatine : Nappe transparente, festonnée. Liquéfaction lente (10 à 15 jours) ou nulle.

Pomme de terre : Culture discrète, blanche ou brune.

Lait : Pas de coagulation.

IV. *Entérocoque*, identique au type décrit par Thiercelin.

Deux cas de psychose polynévritique avec examen des centres nerveux, par MM. Marinesco et Minea. — Femme de 37 ans. Dix jours après un accouchement a été prise de douleurs et de faiblesse dans les membres inférieurs et, cinq jours après, l'impotence gagna les mains. Excès éthyliques. Tout mouvement des membres paralysés s'accompagne de vives douleurs. Sensibilité tactile diminuée au-dessous du niveau des genoux ; même hypoesthésie aux mains. Confusion mentale, hallucinations visuelles, irritabilité, amnésie des faits récents. Mort au bout de 39 jours avec dyspnée intense et tachycardie. — Dégénérescence du foie et du cœur. Lésions dégénératives du sciatique et de ses branches et du crural. Au Nissl, altération des cellules médullaires, région lombo-sacrée, dans le groupe postéro-latéral ; altération également très manifeste aux régions cervicale inférieure et dorsale supérieure. Le Cajal montre une disparition ou une dégénérescence granuleuse du réseau cytoplasmique des cellules altérées. La partie nucléaire qui regarde la périphérie de la cellule est quelquefois entourée de neurofibrilles.

Homme de 40 ans. Excès alcooliques. Névrite des membres supérieurs et inférieurs. Pupilles inégales. Confusion mentale ; hallucinations visuelles, troubles des sphincters. Mort dix jours après l'apparition du délire. — Lésion du groupe postéro-externe des cellules lombaires. A

la région sacrée, lésion des groupes postéro-latéral et post-postéro-latéral. Lésion des nerfs sciatiques et de ses branches, du crural, de l'obturateur. — Réseau cytoplasmique plus atteint que les neurofibrilles des prolongements. Pas de lésion des cellules de Betz.

M. BALLET. — Les lésions des cellules de Betz ne sont pas toujours diffuses, mais parfois localisées, et si les coupes ne portent pas sur ces *nids* de lésions, les altérations peuvent passer inaperçues. D'autre part, la cellule peut être troublée dans sa nutrition et sa fonction avant de l'être dans sa morphologie et sa structure.

La sensibilité de la cellule nerveuse aux variations de température, par M. MARINESCO. — Séries de chiens et chats nouveau-nés soumis à des températures de 10°, 20° et 30° pendant 3 heures.

Méthode de Nissl : Plus la température a été élevée, moins la cellule est foncée, et plus elle est volumineuse, plus les corpuscules de Nissl sont écartés et volumineux.

Au Cajal : Plus la température a été élevée, moins les neuro-fibrilles sont hypertrophiées.

Mêmes modifications, mais moins sensibles, chez les animaux adultes.

(A suivre). H. DAMAYE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

(26 janvier 1906)

Pseudo hermaphrodisme masculin. — MM. de BEURMANN et ROUBINOVITH présentent un sujet de 20 ans, féminin par l'habitus extérieur, et dont les organes génitaux sont ceux d'un homme (hypospadias, testicule bifide).

Il existe un état psychique particulier : érotomanie onanisme, appétit sexuel vers les femmes. — Il y a des cas semblables dans la famille du sujet. *Voir le détail de cette observation dans le* Bulletin Médical *du 27-1-1906.* J.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

(11 janvier 1906)

Prurigo provoqué chez une césanique. — M. HALLOPEAU rapporte l'observation d'une aliénée (?) qui se pince sans cesse la peau, comme on le fait pour tuer une puce (hallucinations probables de la sensibilité générale analogues à celles des cocaïnomanes). Il en résulte un prurigo caractérisé par son siège (dans les lésions accessibles aux manœuvres de la malade), par le petit volume et l'abondance des éléments, par les cicatricules consécutives. J.

REVUE DES PÉRIODIQUES

PÉRIODIQUES FRANÇAIS analysés par le Dr JUQUELIER

Annales médico-psychologiques.
(Janvier-Février 1906).

SOKALSKY. — **Les psychoses aiguës et leur classification.** — L'auteur, que ne satisfait aucune des classifications psychiatriques récentes, propose de quitter, pour arriver à un résultat utile, le terrain symptomotologique trop artificiel. Il suppose l'existence d'un agent morbide de nature infectieuse ou toxique, qui trouble dans son activité l'organe de la vie psychique, le cerveau. Cet agent peut produire suivant les cas

une psychose transitoire, une psychose aiguë, une psychose subaiguë, une psychose remittente, avec ou sans démence secondaire. « C'est le » terrain où tombe l'agent morbide qui donne ses traits caractéristiques » à la psychose... si ce terrain est l'organisme d'un sujet héréditaire » prédisposé, l'agent ne doit pas avoir une grande force pour produire » l'affection... » En résumé il faut étudier, outre les manifestations psychiques des maladies mentales, les troubles somatiques et rechercher la nature de l'agent morbide. On jetterait ainsi les bases d'une classification rationnelle et utilisable au point de vue thérapeutique.

BRIAND. — **Prophylaxie et traitement de la tuberculose dans les asiles d'aliénés.** — L'auteur, estimant que les conditions d'assistance des tuberculeux dans les asiles sont lamentables, propose l'installation de quartiers spéciaux aménagés au triple point de vue de l'isolement, de la prophylaxie et du traitement des aliénés tuberculeux ou même simplement suspects.

GIMBAL. — **Les incendiaires.** (Prix Esquirol 1904) (2e partie). Observations de débiles incendiaires, alcooliques, épileptiques, délirants et impulsifs.

A. LAURENT. — **Physionomie et mimique chez les aliénés.** — Conclusions : Les organes mobiles du visage servent à former des phénomènes expressifs dont la cause réelle est une sensation interne, l'expression syndromique de l'état de folie se réfléchit à l'extérieur en présentant quelque chose de caractéristique au travers des traits variés fournis par l'exaltation ou la dépression, par l'acuité ou la chronicité.

Journal de psychologie normale et pathologique.
(Janvier-Février 1906).

DROMARD. — **Essai de classification des troubles de la mimique chez les aliénés.** — Il y a bien une fonction de la mimique, puisqu'il existe un appareil d'innervation (dont les thalami sont les centres) spécialement dévolu à l'expression de nos modifications émotives. Dès lors, dans tous les cas où les modifications de la mimique résultent directement de celles de la vie émotive, on peut dire que la mimique en tant que fonction est intacte (attitude méfiante du persécuté, lascivité de l'érotique, facies triste du mélancolique).

La fonction mimique peut présenter des défauts d'adaptation ou de fonctionnement.

Parmi les troubles de la mimique volontaire ou idéative, l'auteur signale l'asémie paramimique (amnésie du geste), le maniérisme, la mimique conventionnelle des délirants, la stéréominie (automatisme secondaire), l'echomimie (automatisme primitif).

Parmi les troubles de la mimique involontaire ou émotive, la paramimie des déments précoces, les mimiques spasmodiques et les mimiques dissociées.

Intéressant essai de classification justifié par la physiopathologie, mais que le clinicien, simpliste, continuant à englober sous le nom de trouble de la mimique toutes les modifications expressives des aliénés ne suivra peut être pas.

P. ROY. — **De l'hypochondrie.** — Le regretté rapporteur du Congrès de Rennes (août 1905) a exposé dans cet article les points essentiels de son ouvrage déjà connu des aliénistes, et qui a été résumé dans ce journal.

G.-R. D'ALLONNES. — **L'explication physiologique de l'émotion.** — L'essentiel de la théorie Lange-James résiste aux objections récemment renouvelées dans des travaux tels que l'article de M. François Frank ou le livre de M. Sollier.

(Voir la suite après le Bulletin bibliographique mensuel).

CH. FÉRÉ. — **Exemple d'induction psycho-motrice chez un chat.** — Observation d'une jeune chatte imitant a plusieurs reprises les gestes de jeu d'une autre chatte de la même portée, plus vigoureuse — l'étude de l'induction psycho-motrice (contagion des gestes par la vue) chez les animaux peut éclairer la physiologie du phénomène.

Bulletin officiel du Comité national français pour l'étude et la protection de l'Enfance anormale (Lyon, décembre 1905).

L. GRANDVILLIERS et A. COURJON. — **Enfants anormaux.** — Il y aurait en France environ 120.000 enfants mentalement anormaux : (idiots, instables, ou déficients moraux, ces caractères n'étant d'ailleurs pas exclusifs). Le plus grand nombre ne reçoivent aucun soin.

Les auteurs souhaitent qu'un Congrès réuni périodiquement étudie la situation de ces anormaux, qu'une statistique soit établie dans chaque pays, et qu'un personnel spécialisé (médical, pédagogique et hospitalier) soit éduqué pour assurer le service dans les établissements à fonder.

La Clinique (26 janvier 1906).

ANDRÉ-THOMAS. — **Hystérie et simulation.** — Lorsqu'on répète après Charcot que l'hystérie est la grande simulatrice, on estime cependant que la simulation des hystériques est inconsciente, exclut toute idée de supercherie, et partant de responsabilité.

Or, l'hystérique est comparable à l'acteur « entré dans la peau de son personnage ». Il s'auto-suggestionne (Babinski) d'autant mieux que la galerie l'encourage, mais sans que sa personnalité factice soit complètement perdue de vue par personnalité consciente : L'hystéro-traumatisme n'est donc pas absolument comparable à l'accident organique : il guérit relativement vite par l'isolement et la psychothérapie.

D'après l'auteur, la notion du terrain hystérisable doit être retenue par le tribunal en matière d'accident du travail, et l'indemnité réclamée en pareil cas ne doit pas être la même que pour une lésion organique. La conception de la psychologie des hystériques, telle que la décrit A. T., nous paraît légitime, et il nous semble qu'il faut chercher à guérir l'hystéro-traumatisme le plus tôt possible par les moyens *ad hoc;* mais si le traitement échoue, l'hystéro-traumatisme, entraîne l'incapacité professionnelle au même titre que la lésion matérielle la plus évidente,, et le malade doit être indemnisé de la même façon jusqu'à la guérison.

Le médecin praticien (20 janvier 1906).

A. VIGOUROUX. — **Les délires toxiques.** — Dans un esprit essentiellement pratique, l'auteur résume les notions cliniques et pathogéniques à l'appui desquelles il a, à maintes reprises, fourni des observations concluantes : tous les délires toxiques se ressemblent (délire de rêve avec confusion mentale). Les délires auto-toxiques ont une symptomatologie calquée sur celles des délires exo-toxiques. Donc, ne pas adopter *a priori* le diagnostic d'alcoolisme, et lorsque la suppression de tout poison extérieur n'est pas suivie de guérison, rechercher et traiter l'insuffisance organique responsable de l'auto-intoxication.

Presse médicale (3 janvier 1906).

M. ROMME. — **Le sommeil dans les tumeurs cérébrales.** — Courte revue des travaux récents, de Blum (de Berlin), Hercouët Raymond, Mensing, Soca. La valeur diagnostique et la pathogénie du symptôme sommeil dans les tumeurs cérébrales sont encore incertaines. D'après Hercouët (thèse Paris 1905) le sommeil serait surtout fréquent dans les sarcomes encéphaliques. Est-il fonction de la compression directe du

cerveau, d'une intoxication néoplasique, ou de l'excitation d'un centre du sommeil localisé par Gayet et Wernicke dans la substance grise du plancher du 3e ventricule et de l'aqueduc de Sylvius ? Il reste bien des points à élucider par des recherches ultérieures.

Presse médicale (10 janvier 1906).

NATTAN-LARRIER et BERGERON. — **Présence du spirochaete pallide dans le sang des syphiliques.** — Trois examens nettement positifs, d'après lesquels les auteurs concluent à la présence certaine dans le sang des syphilitiques secondaires *non traités* du spirochète de Schaudinn.

Province Médicale (30 Décembre 1905).

PIERRET. — **Traitement de certaines formes d'épilepsie par les médicaments convulsivants.** — Dans les formes impulsives de l'épilepsie il serait souvent utile et quelquefois urgent de transformer en une simple attaque convulsive, même violente, la décharge excito-motrice prête à se manifester par une crise de fureur, une impulsion homicide ou un accès maniaque. Or, *ces virements* dont bénéficient les malades et leur entourage peuvent être obtenus par l'emploi de médicaments convulsivants (la belladone en particulier). L'auteur et ses élèves (A. Rey, thèse de Lyon 1892 ; Devay, Congrès de Rennes 1904) ont observé dans plusieurs cas la disparition d'actes impulsifs, d'onanisme irrésistible, de colères violentes, d'agitation maniaque par le traitement belladoné qui avait préalablement ramené les crises convulsives franches. L'épilepsie classique s'était substituée à l'épilepsie larvée dangereuse, celle des criminels et des fous.

En outre, l'emploi de la belladone (ou de la strychnine, de l'alcool de la picrotoxine, de la santonine, car chaque épileptique a son convulsivant) canalise par l'intermédiaire des muscles la décharge pathologique et ramène avec les crises, la lucidité intervallaire chez les ver tigneux habituellement obnubilés. « Cette médication qui n'est pas nfaillible, conclut l'auteur, ne remplace pas la médication bromurée, qui conserve ses indications propres ; et le bien que l'on peut tirer de l'une ou de l'autre ne peut être comparé aux résultats que donne une méditation causale quand il en est encore temps. »

DIVERS. — M. PIÉRON.

L'intervention chirurgicale chez les aliénés, — Nous relevons dans le rapport de M. ANGLADE, sur l'asile de Château-Picon (Bordeaux) en 1904, l'observation suivante, relative aux dangers que présente, pour la sécurité des aliénés, la nécessité de demander à des familles parfois malveillantes l'autorisation de procéder à des opérations

« L'autre malade, dit-il, morte d'occlusion intestinale, était une paralytique générale, à l'asile depuis le 11 mai 1904 et porteur d'une hernie crurale ancienne et irréductible. Prévoyant les accidents que pouvait causer cette hernie, et après avis du chirurgien, nous avions posé les indications d'une intervention chirurgicale. Comme il ne s'agissait pas d'une opération d'urgence, la famille avait été pressentie, mais nous avait refusé l'autorisation d'opérer.

« Nos prévisions se réalisèrent, et le 9 septembre 1904, la malade mourait d'obstruction intestinale lente.

« Il est regrettable, ajoute-t-il, que la législation actuellement en vigueur ne permette pas au médecin de l'asile de s'affranchir de l'autorisation de la famille, en dehors des cas d'urgence où une question de vie ou de mort se pose de suite et doit être résolue immédiatement.

Il serait utile, comme le raclame depuis longtemps M. le Dr Picqué, que dans la loi sur les aliénés, fût insérée une disposition réglant la question et permettant au médecin de l'asile de passer outre, quand la réponse de la famille est trop contraire aux intérêts du malade, comme dans le cas que nous rapportons. »

A ce sujet, on peut signaler que M. Anglade a trouvé sur 50 femmes décédées, dont l'utérus a été examiné à l'autopsie, 32 fois des fibromyômes, toutes les femmes en portant ayant dépassé 45 ans, ce qui donne une proportion de 66 pour 100, alors que chez les femmes normales du même âge, la proportion de 40 pour 100 à paru très exagérée. Cela ne veut évidemment pas dire que des hystérectomies auraient de bons effets.

M. le Dr Bourdin, signale dans son rapport, une intervention peu heureuse de chirurgie cérébrale chez un épileptique :

« Il s'agissait d'un épileptique à crises comitiales fréquentes et qui désirait vivement être débarrassé d'un mal qui le retient à l'Asile et l'empêche de gagner sa vie au dehors. La trépanation simple ne donnant chez les épileptiques que des résultats nuls ou à peu près, M. Delagénière, se basant sur le succès obtenu précédemment chez un de nos infirmiers, résolut de tenter systématiquement la section et la ligature du sinus. Chez l'infirmier on ne voulait que trépaner, mais au cours de l'opération le sinus fut ouvert accidentellement et dut être lié. La guérison qui suivit ne parut pas devoir être mise uniquement sur le compte de la trépanation qui, même avec incision de la dure-mère, ne donne que des résultats très maigres, reconnus de tous. Etait-ce donc la ligature du sinus qui avait déterminé la guérison ? Il était permis de le penser. Bien que mes idées personnelles ne soient pas favorables à l'intervention chirurgicale dans l'épilepsie, je ne crus pas devoir, malgré le scepticisme dont je fis part au distingué chirurgien manceau, refuser au malade qui la réclamait, le bénéfice d'une intervention susceptible de le guérir. Malheureusement les résultats ultérieurs, au moins jusqu'à ce jour, n'ont point été favorables ; non seulement les attaques et vertiges sont devenus plus fréquents, mais des phénomènes psychiques, tels que rêves, irritabilité excessive du sujet, sont apparus, et le malade, dont la santé générale est restée parfaite, ne parait jusqu'ici n'avoir retiré aucun bénéfice de l'opération.

« Je suis résolu, ajoute M. Bourdin, a attendre les résultats d'autres opérations que M. Delagénière compte tenter sur de jeunes sujets, dans des conditions par conséquent éminemment favorables, avant de laisser entreprendre sur nos épileptiques de nouvelles interventions sanglantes. »

Conférence suisse pour l'éducation des anormaux. — Au mois de juin 1905, s'est réunie à Saint-Gall la cinquième conférence suisse pour l'éducation et la protection des enfants anormaux, conférence, dont M. A. Elmer a rendu compte dans les *Archives de Psychologie*.

M. Zürcher est venu exposer les mesures qui avaient été prévues pour les anormaux dans l'avant-projet qui a été fait d'un *Code civil fédéral*. Ce code prévoit des lois pour la protection des faibles et des déshérités, et de la Société contre les crimes que ces derniers pourraient commettre, et pour des mesures préventives destinées à supprimer les causes de déchéance physique et mentale. L'interdiction du travail industriel aux enfants de moins de 13 ans, du travail de nuit dans les usines, aux femmes et aux mineurs, répression de l'alcoolisme, obligation d'interrompre le travail un certain délai avant l'accouchement et de ne le reprendre qu'un certain temps après ; interdiction du

mariage et répression des rapports sexuels avec les idiots, fous, etc. La Suisse a décrété, d'ailleurs, dans sa constitution l'obligation de l'instruction aux faibles d'esprit et anormaux.

Le Code prévoit une élévation de l'âge de la minorité pour les irresponsables dont la responsabilité est reportée aux tuteurs et gardiens. Si la surveillance et les soins ne sont pas satisfaisants, l'autorité peut placer les faibles d'esprit dans des établissements spéciaux, aux frais des intéressés.

M. Auer a retracé l'historique de *l'enseignement aux anormaux en Suisse.* Il y a 26 établissements spéciaux comprenant 1.058 élèves, alors que 2.500 sont mentalement infirmes et que ce nombre s'accroît d'environ 60 par an. Mais il y a dans les écoles des classes spéciales où étaient instruits, en 1905, 1.236 élèves.

Enfin, dans certaines écoles, des leçons supplémentaires sont données aux arriérés. Des établissements cantonaux vont être créés par Lucerne, en 1906 (premiers de ce genre), Berne, Glaris et Schaffhouse. M. l'abbé Eigenmann et M. le pasteur Karl Alther ont traité de la question des *asiles et internats pour* idiots inéducables en Suisse.

Enfin, M. Lickinger apporte un rapport sur *le groupement des écoliers conformément à leurs capacités mentales.* Suivant les habitudes de l'enseignement primaire, en effet, on distribue les enfants dans les classes suivant leur âge, alors que leurs capacités mentales peuvent considérablement différer. Aussi, à Mannheim, a-t-on institué un système tout différent et qui a donné de bons résultats. Il y a, d'abord, des classes normales avec 8 ans de scolarité et 40 à 50 élèves pour les enfants bien doués. Les classes dites d'avancement, à programme moins chargé et ne comptant qu'une trentaine d'élèves, sont destinées aux enfants moins doués ou moins développés en entrant à l'école, n'ayant que des connaissances fragmentaires. Enfin, il y a des séances spéciales pour les arriérés proprement dits. Les élèves des classes d'avancement peuvent, en tout temps, rentrer dans les classes normales.

P.

NOUVELLES

Prochain concours d'adjuvat des asiles. — Par arrêté ministériel du 23 janvier 1906, la date de l'ouverture du prochain concours aux places de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés est fixée au lundi 19 mars 1906. — Le nombre de places mises au concours fixé à 10 ne pourra dans aucun cas être dépassé.

Le jury déterminera les services où seront subies les épreuves cliniques.

Le County-Council à l'asile clinique. — Les conseillers de Londres ont fait une courte visite à l'asile clinique le 8 février à 4 heures. Conduits par M. Brousse, ils ont été reçus à Sainte-Anne par le président du Conseil général, M. Defrance, M. Pelletier, le directeur et les médecins de l'établissement. M. Magnan a répondu a une allocution de sir Edwin Cornwall, président du County-Council en rappelant l'origine anglaise de *l'open d'oor.* M. Picqué a guidé lui-même les visiteurs dans les différents locaux du pavillon de chirurgie.

XVe Congrès International de médecine (Lisbonne, 19-26 avril 1986). — Rappelons que la 7e section met à l'ordre du jour les sujets suivants, pour la psychiatrie et l'anthropologie criminelle :

a) Psychiatrie : 1) Nature et évolution de la catatonie ; 2, Formes et pathogénie de la démence précoce ; 3) Paranoia légitime, son origine et sa nature ; 4) Diagnostic de l'épilepsie hors de l'accès ; 5) Folie pellagreuse ; formes cliniques ; 6) Localisations cérébrales dans les maladies mentales ; 7) Facteurs de dégénérescence et relations avec les formes cliniques ; 8) Traitement familial des aliénés ; 9) Syphilis tertiaire d'emblée des centres nerveux.

b) Anthropologie criminelle : 1) Education et crime ; 2) Réforme pénale au point de vue anthropologique et psychiatrique ; 3) Examen des enfants dans le sens anthropologique ; 4) Stigmatisation dégénérative dans le crime ; 5) Valeur des maisons de correction pour l'enfance ; 6) Prophylaxie et traitement des criminels récidivistes ; 7(Education psycho-physique des enfants vicieux et dégénérés ; 8) Valeur actuelle et limites de la notion de dégénérescence en Anthropologie criminelle

VIe Congrès International d'Anthropologie criminelle (Turin 28 avril 1906). — Voici le programme des études de ce Congrès, avec les noms des rapporteurs pour chaque question.

Traitement des jeunes criminels dans le droit pénal et dans la discipline pénitentiaire, suivant les principes de l'Anthropologie criminelle (VON HAMEL) ;

Traitement des femmes criminelles (PAULINE TARNOWSKY) ;

Rapports entre les conditions économiques et la criminalité (KURELLA) ;

Equivalence des diverses formes de psychopathies sexuelles et de criminalité (C. LOMBROSO) :

L'Anthropologie Criminelle dans l'organisation scientifique de la police (OTTOLENGHI) ;

La valeur psychologique des témoignages (BRUSA) ;

Prophylaxie et thérapie du crime (FERRI) ;

Etablissements de détention perpétuelle pour les criminels déclarés irresponsables par infirmité d'esprit (GAROFALO).

Congrès International pour l'assistance des aliénés à Milan. — Ce Congrès se tiendra à Milan du 26 au 30 3eptembre 1906, sous la présidence effective du Pr TAMBURINI.

Deux questions y seront surtout étudiées :

Du progrès de l'assistance des aliénés, et spécialement de l'assistance familiale, depuis 1902 ;

De l'organisation des quartiers d'observation, de surveillance et d'isolement dans les asiles et dans les colonies.

M. le Dr A. MARIE, de l'asile de Villejuif, est le représentant français du Comité international de propagande.

M. le Dr FERRARI (de Bologne), est le secrétaire général du Congrès.

Inauguration du pavillon Delasiauve à l'asile de Blois. — Le 8 janvier 1906, a eu lieu à l'asile de Blois, l'inauguration du pavillon Delasiauve destiné au traitement des aliénés aigus. Ce quartier d'admission, quii a été construit sans aucune subvention départementale, comprend une salle de réunion, un réfectoire, deux dortoirs de douze lits ; il est complètement séparé des autres bâtiments de l'asile et comprend au point de vue de l'aménagement les améliorations les plus modernes. M. le Préfet du Loir-et-Cher. MM. les Membres de la Commission de surveillance sont venus visiter ce nouveau quartier de malades. M. Bourneville devait assister à cette inauguration, mais une indisposition l'en a empêché. M. Doutrebente, directeur de l'asile, a dans un discours très écouté retracé les grandes lignes de la vie de Delasiauve. Les compliments les plus vifs lui ont ensuite été adressés par M. le Préfet et par MM. les Membres de la Commission de surveil-

lance sur l'organisation modèle de l'asile de Blois et en particulier du nouveau pavillon Delasiauve.

La folie à Londres. — Il y a eu en 1904, 3.813 admissions dans les asiles de Londres (1.950 H. 1.863 F.) Sur ce total, 3.367 individus étaient internés pour la première fois.

Au 1er janvier 1905, 24.652 aliénés indigents étaient à Londres à la charge du Comté. L'hospitalisation reste insuffisante pour le nombre des malades.

Il y a eu d'autre part en 1904, 1.281 sorties des asiles et 1.753 décès.

Société psychologique américaine. — M. JAMES K. ANGELL, professeur à l'Université de Chicago, a été élu président de l'Américain psychological Society.

Thèse récompensée. — Parmi les thèses de 1905 récompensées par la Faculté de Paris, nous sommes heureux de noter celle de Mlle PASCAL, interne des asiles d'aliénés de la Seine, qui a obtenu une médaille de bronze.

Internat en médecine des asiles de la Seine. — Le concours de l'Internat en médecine des asiles de la Seine de décembre 1905, s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. LATAPIE, JOTTRAIN, ALAIZE, ROLET, LEVERT, FAY, NAUDASCHER.

Interne provisoire (pouvant être titularisé) : M. VALLET.

Internes provisoires : MM. MATSOUKIS, CRINON.

Entrée en fonctions le 1er février 1906.

Personnel médical des asiles d'aliénés. — *Mouvement de Janvier 1906.* — M. le Dr LEROY, médecin-adjoint à Evreux, nommé médecin adjoint de l'asile des aliénés de Ville-Evrard (Seine-et-Oise) poste créé.

M. le Dr WAHL, médecin-adjoint à Auxerre, promu à la classe exceptionnelle.

Distinctions honorifiques. — *Chevaliers de la Légion d'honneur* : M. le Dr MARANDON DE MONTYEL, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Ville-Evrard ;

Le Dr RITTI, médecin du quartier des dames de la Maison Nationale de Charenton.

Officier d'Académie : M. GUICHET, directeur de l'asile d'aliénés d'Aix (Bouches-du-Rhone).

Mérite agricole : M. le Dr DAMALIX, chirurgien de la Maison Nationale de Charenton.

— M. GEX, directeur de l'asile de Saint-Robert (Isère).

Nécrologie. — M. le Dr BENOIT, ancien maire de Privas, médecin en chef de l'asile d'aliénés de cette ville, chevalier de la Légion d'honneur.

AVIS

Messieurs les directeurs médecins ou médecins en chef des asiles publics d'aliénés qui publient un rapport annuel sur le fonctionnement de leurs services sont priés d'adresser deux exemplaires de ce rapport à la Rédaction de la Revue de Psychiatrie. *Il sera périodiquement rendu compte des travaux et des desiderata de chacun, soit au point de vue scientifique, soit au point de vue de l'assistance des aliénés.*

Le gérant : A. COUESLANT.

PARIS & CAHORS, IMPRIMERIE A. COUESLANT (II-26-06)

REVUE CRITIQUE

LES ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE ET LEUR POPULATION

Par le Docteur Henri COLIN.
Médecin en chef à l'Asile de Villejuif

Tous les ans, au mois de décembre, le rapporteur général du service des aliénés ne manque pas d'insister devant le Conseil général de la Seine sur l'accroissement continu des dépenses occasionnées par l'assistance de cette catégorie de malades. Le Dr Navarre s'est conformé à la tradition et, dans son très intéressant rapport pour l'année 1905, il s'exprime ainsi :

« Il n'est pas douteux que les sacrifices consentis par le Conseil pour assurer le fonctionnement aussi régulier que possible du service des aliénés par l'amélioration constante des conditions d'existence et de bien-être matériel des malades, aussi bien que du personnel, ont eu pour conséquence de grever lourdement le budget départemental. Pour 1906, le chiffre global des crédits qui vous sont demandés atteint plus de 13 millions et demi, en y comprenant les dépenses de toute nature (entretien, transport, dépenses diverses, travaux). C'est le sixième du budget total du département et c'est, d'autre part, une augmentation de près de 2 millions sur les prévisions que vous avez adoptées pour 1905. »

Ce sont là des chiffres imposants et dont, pour employer les expressions du Dr Navarre, le Conseil « s'est plusieurs fois, et à des titres divers, justement ému ». Ils ne doivent cependant pas étonner outre mesure, si l'on réfléchit que le nombre des aliénés du département de la Seine est égal au cinquième du chiffre total des aliénés de la France entière, et que, d'autre part, le budget du département de la Seine est égal à lui seul au sixième de la somme totale de tous les budgets départementaux [1]. Le rapporteur les justifie lui-même en faisant l'historique de l'assistance des aliénés dans notre département. Dans cet historique d'une clarté parfaite, il rappelle les différentes étapes parcourues pendant la période d'organisation des services actuels : 1° le rattachement des services des aliénés à l'Assistance publique de 1838 à 1867 ; 2° l'attribution de ce service au département, de 1867 à 1870, et l'ouverture de Sainte-Anne, Vaucluse et Ville-Evrard ; 3° le retour des services à l'administration de l'Assistance publique en 1870-1871, — période de transition

[1] RANSON. Rapport général du budget de 1904. Conseil général de la Seine.

qui dura plus de trois ans — ; 4° enfin, en 1874, au 1er janvier, le rattachement définitif à la préfecture de la Seine et au budget départemental de l'Assistance des aliénés. Et le Dr Navarre de conclure :

« Les conséquences du retour à l'exécution de la loi de 1838 ne tardèrent pas à se manifester. Cette année 1874 est, en effet, le point de départ de toutes les améliorations qui devaient aboutir à la situation, on peut l'affirmer, exceptionnellement favorable faite aujourd'hui aux malades traités dans les asiles de la Seine.

Si les périodes de 1838 à 1867 et de 1867 à 1874, peuvent être considérées comme les étapes premières d'organisation médicale et administrative sur les bases de la loi fondamentale de 1838, avec la période qui commence en 1874 s'ouvre l'époque de développement de l'œuvre entreprise dans les périodes antérieures. »

Le rapporteur énumère ces améliorations; la liste en est longue. C'est d'abord le relèvement des traitements et des cadres du corps médical, la création de l'enseignement des maladies mentales (bureau d'admission et clinique 1876-1879), du service chirurgical des asiles (1879-1885), la séparation des fonctions médicales et administratives (1879), le rétablissement du concours pour les médecins des quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière (1879), la création du concours pour la nomination des internes en médecine et en pharmacie (1880), des pharmaciens en chef (1881), des médecins adjoints des quartiers d'hospice (1880), le concours de l'adjuvat (1888).

Les réformes administratives et la fondation d'établissements nouveaux n'ont pas été moins importantes. En 1884 et 1885 s'opérait la laïcisation des asiles ; entre temps, la situation toute spéciale des asiles de la Seine se précisait. Leur autonomie financière était consacrée ; le rôle du préfet de police, de la commission de surveillance, de l'administrateur des biens des aliénés était nettement délimité.

De nouveaux organismes se créaient en même temps que s'opéraient les réformes. En 1875 fut inaugurée la maison de santé de Ville-Evrard, en 1876 la colonie de Vaucluse. En 1884 s'ouvrait l'asile de Villejuif, tandis qu'à Bicêtre le Dr Bourneville constituait un service spécial d'idiots et d'épileptiques et que le Conseil général décidait la création d'un cinquième asile.

La période qui s'étend de 1890 à 1905 n'a pas été moins féconde en améliorations. Enumérons les rapidement : fondation Vallée pour les jeunes filles idiotes (1890), installation de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (1892), de Levet (1896-97), d'Ainay-le-Château (1900), ouverture de l'asile de Maison-

Blanche (1900), de Moisselles (1905), création du service spécial d'aliénés difficiles et vicieux apte à recueillir les aliénés criminels et les criminels aliénés internés d'office dans les asiles de la Seine.

Malgré toutes ces réformes et l'augmentation constante des moyens d'hospitalisation, l'encombrement des asiles ne diminue pas, si bien que les créations nouvelles, prévues par le Conseil général, deviennent de plus en plus urgentes : (achèvement de l'asile de Maison-Blanche, création d'une colonie agricole d'épileptiques, création d'un septième asile départemental à Bondy, sur l'emplacement de l'ancienne voirie de l'Est.)

Cette rapide énumération suffit à faire apprécier l'extension donnée en 50 années à l'assistance des aliénés. Il est de mode d'en tirer des conclusions erronées, à notre avis, sur l'augmentation de la folie et d'attribuer cette augmentation à des causes directes, telles que l'alcoolisme, sans tenir compte de facteurs sociaux d'une importance au moins égale, tels que : l'accroissement de la population, le développement de la vie industrielle, l'attention tous les jours plus grande apportée aux questions d'hygiène, de préservation et de sécurité publiques. Il n'y a, du reste, là rien qui soit spécial à notre pays. Dans un travail récent[1], le Dr Parker, examinant la question de l'augmentation des cas de folie en Ecosse, a soin de démontrer qu'il s'agit là d'une apparence et non d'une réalité. Pour lui, la disparition des préjugés qui régnaient à l'égard des asiles d'aliénés, l'empressement manifesté par les paroisses à solliciter les secours de l'Etat, la répugnance qu'éprouvent les pauvres pour les soins à donner aux parents âgés ou aliénés ou l'impossibilité de le faire dans laquelle les met leur émigration vers les grandes villes, sont autant de facteurs certains de la soi-disant augmentation de la folie. Il faut y ajouter la diminution de la mortalité infantile, l'amélioration de l'hygiène publique qui entraînent une diminution de la mortalité générale et, par conséquent, une perturbation des lois de la sélection.

Cette augmentation nous la retrouvons également en Angleterre, à Londres même où le *London County Council*, institution analogue à notre Conseil municipal et général, vient de prévoir la création d'un *onzième* asile susceptible de contenir 2.000 malades. N'y a-t-il pas là une analogie frappante avec la

[1] *The Increase of Lunacy. Glasgow Medical journal, march* 1905. L'auteur serait partisan, dans un but de préservation sociale, de la castration des aliénés et des criminels. Il se rend compte de l'impossibilité de mettre ces idées en pratique à l'époque actuelle, préconise comme mesures prophylactiques de la folie, la lutte contre la tuberculose, l'application de lois défendant le mariage des épileptiques et autres dégénérés et la réglementation sévère du commerce des boissons alcooliques.

situation du département de la Seine, toutes proportions gardées relativement à la population respective des deux régions.

Poussons plus loin l'analyse et retenons quelques-uns des chiffres fournis par M. Navarre.

En 1844, Bicêtre et La Salpêtrière comptaient 2.595 pensionnaires pour 2.120 lits, et des traités étaient passés avec 27 établissements de province pour hospitaliser l'excédent de la population aliénée. A ce moment, le nombre des aliénés du département de la Seine représentait plus du sixième des aliénés de la France entière. En 1860, il y avait 2.265 pensionnaires dans les quartiers d'hospice et 1.930 malades transférés en province ; en tout, 4.195 aliénés. En 1867, le chiffre total s'élève à 5.440. En 1874, il est de 6.763, soit 3.119 dans les trois asiles et les deux quartiers d'hospice et 3.664 en province. Le nombre des asiles provinciaux avec lesquels la Seine a passé des traités est alors de 33 au lieu de 27.

Actuellement enfin, en 1905, les onze asiles, quartiers d'hospice et colonies familiales de la Seine renferment 8.800 malades, et 73 établissements de province reçoivent l'excédent, soit 5.600 aliénés transférés.

Cela donne un total de 14.400 aliénés pour le département de la Seine. D'après une statistique récente, le nombre des aliénés hospitalisés dans les asiles de la France entière qui était en 1889 de 65.713 s'est élevé à 70.000 pour l'année 1900. On voit que, à peu de chose près, la proportion constatée en 1844 s'est maintenue et que le nombre des malades de la Seine représente actuellement le cinquième du chiffre total. Est-ce là une situation bien inquiétante? Nous ne le pensons pas et nous croyons, au contraire, qu'il s'agit d'un fait d'ordre général. Examinons, par exemple, ce qui se passe au Canada. D'après les renseignements qui nous sont fournis par le Dr Burgess[1], en 1901 — pour une population de 5.318.606 habitants (non compris les territoires non organisés) — il y avait 16.622 aliénés, soit une proportion de 3, 125 par 1.000 ou de 1 pour 319 habitants. C'est un chiffre considérable et qui marque une augmentation de près de 25 p. 100 en dix ans ; en effet, en 1891, pour 4.719.893 habitants, on comptait 13.342 aliénés. Pendant la même période, la population totale augmentait seulement de 13 p. 100. Nous avons choisi cet exemple qui

[1] *American journal of Insanity, janvier 1905.* — L'auteur accompagne son étude de réflexions très intéressantes sur le mode de recrutement des médecins des asiles du « Dominion ». Au Canada, comme aux Etats-Unis, la « spoils doctrine » (doctrine des dépouilles) fleurit toujours. Les places sont données en récompense de services politiques, chaque élection amenant un changement radical du personnel. On devine les conséquences pernicieuses d'un pareil système. Actuellement, les deux tiers des asiles Canadiens sont dirigés par des médecins que rien dans leurs études antérieures ne préparait à remplir leurs fonctions.

nous semble topique, en premier lieu, parce que les chiffres de la population au Canada et dans le département de la Seine peuvent être facilement comparés entre eux, ensuite parce que l'auteur, pour expliquer cet accroissement de la folie, invoque des arguments qui pourraient être appliqués à une grande ville telle que Paris. Les deux grands facteurs de cette augmentation sont pour lui l'émigration et la difficulté toujours croissante des conditions d'existence. Le Canada devient, paraît-il, le refuge de tous les dégénérés de l'Europe. Ainsi, en 1901, sur 5.371.315 habitants, on comptait 699.500 étrangers ; sur 16.622 aliénés, 2.878 étaient d'origine étrangère, soit une proportion de un aliéné pour 243 étrangers et de un aliéné pour 339 indigènes.

***

Nous nous sommes efforcés dans les lignes précédentes de ramener à de justes proportions la question toujours discutée et souvent faussement interprétée de l'accroissement continu du nombre des aliénés. Nos asiles ont suivi, à la suite de toutes les autres institutions, une évolution logique et inéluctable. Mais il est un fait qui se dégage de toutes les considérations auxquelles se livrent les rapporteurs et les auteurs qui ont pris soin d'étudier de près la question, c'est l'importance exceptionnelle, l'extension considérable du service des aliénés du département de la Seine, et cela non pas seulement au point de vue de la progression continue du nombre des malades, mais aussi en raison des multiples améliorations apportées dans ce service et toutes spéciales à ce département.

Si nous prenons, par exemple, le chiffre de la population tel qu'il nous est donné par le rapporteur, soit 14.400, nous voyons immédiatement qu'il répond seulement au nombre d'individus existant dans un asile à une date déterminée. En effet, consultons le rapport du service des aliénés pour l'année 1904. Nous verrons qu'au 1er janvier de cette année 1904, les asiles contenaient un nombre de malades sensiblement égal au chiffre donné par le rapporteur pour l'année 1905, soit 14.364 aliénés. Mais à ce chiffre, il convient d'ajouter 2.975 placements d'office, 1.142 placements volontaires effectués dans les douze mois, ce qui donne en réalité 18.481 malades traités dans l'année. Les sorties, pendant le même laps de temps, ont été de 2.219, les décès de 1.773, soit un total de 3.992 qui ramène au chiffre de 14.489 la population présente au 31 décembre 1904.

Il y a là, on le voit, un mouvement considérable de malades, qui ne se retrouve dans aucun des asiles départementaux et qui suffit à assurer aux asiles de la Seine, malgré qu'on en ait, une place à part parmi les établissements d'aliénés de notre

pays. Et si l'on tient compte des progrès effectués, des formes d'assistance nouvelles inaugurées, des modifications de tout genre instituées non pas seulement dans le régime et le traitement des malades, mais aussi, pour le recrutement, l'enseignement du personnel, la recherche de l'amélioration de sa situation matérielle et morale, conformément aux principes modernes de la solidarité et de la justice sociales, il est impossible, si l'on est de bonne foi, de ne pas reconnaître aux asiles de la Seine — en dehors de considérations scientifiques qui pourraient, elles aussi, entrer en ligne de compte — une situation et un rôle tous différents de la destination habituelle des maisons d'aliénés des départements.

Cette situation et ce rôle sont-ils exempts de toute critique ? Nous ne le pensons pas et, en tenant compte des nécessités toutes particulières, de la confusion résultant inévitablement de la multiplicité des moyens d'assistance et du double besoin d'assurer la sécurité et l'hygiène d'une grande cité, nous croyons qu'il serait possible d'apporter quelques modifications au régime actuel pour le plus grand bien des finances du département et du développement normal de l'assistance des malades qui nous occupent.

***

La population des asiles de la Seine comprend diverses catégories d'individus. On peut les diviser en deux grandes classes : ceux dont l'assistance revient de droit au département et ceux qui sont imposés à la tutelle départementale faute d'organismes adaptés à leur situation matérielle et morale.

I. ALIÉNÉS RELEVANT DE L'ASSISTANCE DÉPARTEMENTALE. — Ce sont les malades qui constituent la majorité des pensionnaires de nos asiles. C'est en somme la grande masse des délirants, paralytiques généraux, persécutés, mélancoliques, déments, débiles, intermittents, épileptiques, alcooliques chroniques, etc., etc. C'est le substratum de tout établissement d'aliénés ; au bout d'un certain temps, on est forcé de transférer ces malades dans les asiles de province, faute de place ; mais on parviendra à les garder dans leur département d'origine, à proximité de leurs familles, lorsque de nouveaux asiles auront été construits. En même temps, par un classement plus méthodique et une organisation toute spéciale des services, on arrivera à leur assurer une existence moins anormale, en tenant compte de la diversité de leurs délires et des aptitudes au travail que certains d'entre eux auront pu conserver.

A côté de ces aliénés proprement dits, existe la grande masse des alcooliques aigus et des délirants passagers, fébriles ou

autres. Un grand nombre d'entre eux n'aurait jamais dû franchir la porte d'un asile d'aliénés. Certains d'entre eux viennent des hôpitaux où, faute d'une organisation facile à réaliser, leur séjour est devenu impossible au milieu des autres malades. D'autres ont été en proie à une crise passagère d'ivresse délirante. Tous ou presque tous arrivent à l'asile, ne présentant plus le moindre trouble mental. Ils y séjournent en observations pendant quelques jours, et quelquefois durant un mois ou deux, le médecin traitant, à qui la Préfecture de Police ne communique pas les dossiers, étant réduit pour établir son diagnostic au rôle d'observateur expectant. Il est inutile d'insister sur les frais d'entretien que nécessite un semblable système d'admission.

II. — MALADES IMPOSÉS A L'ASSISTANCE DÉPARTEMENTALE. — Les malades que nous venons d'énumérer, à part quelques réformes de détail qu'il serait facile de réaliser, ont droit à l'assistance du département. Mais que dire de cette seconde catégorie, extrêmement nombreuse, toujours prête à utiliser à des titres divers et souvent injustifiées les ressources du budget qui de ce fait se trouve fortement grevé ? Les espèces en sont multiples, nous allons les passer en revue rapidement.

a. *Aliénés.* — Il s'agit ici des aliénés dont le domicile de secours n'est pas reconnu. On sait que d'après la loi du 15 juillet 1893, le domicile de secours s'acquiert par le séjour d'un an et se perd par l'absence ininterrompue d'un an dans la commune. D'après l'article 8 de la même loi, « quand le malade n'a ni domicile de secours communal ni domicile de secours départemental, l'assistance médicale incombe à l'Etat ». Les aliénés, par suite de cette conception moyen-âgeuse qui leur dénie la qualité de malades, ne participent pas aux bénéfices de cette disposition et d'après la jurisprudence en cours, sont à la charge du département sur le territoire duquel ils ont été internés. D'autre part les aliénés mineurs, au lieu du droit aux secours publics qu'ils tenaient du décret de vendémiaire an II, ont d'après la loi de 1893 le domicile de secours de leurs parents.

On devine à quels abus de semblables règlements ouvrent la porte. Le Préfet de la Seine les expose dans les termes suivants : « La plupart des malades, dits sans domicile de secours, sont des nomades dont la présence à Paris est de courte durée au moment où il est nécessaire de les interner dans un asile public d'aliénés. Ces individus viennent des quatre coins de la France ou de l'Europe ; ils ne sont rattachés par aucun lien au département de la Seine, et il n'y a pas là une situation provisoire, temporaire, et qui pourra se modifier. On peut estimer que Paris, avec ses nombreux établissements

hospitaliers, attirera toujours cette catégorie de gens qui sont sans domicile fixe ».

La dépense totale s'est élevée de ce fait à 422.255 fr. pour l'année 1902, et en 1903 à 443.490 fr. sur lesquels l'Etat a versé 24.221 fr. y compris 10.000 fr. alloués à titre de subvention pour les dépenses d'entretien des aliénés alsaciens-lorrains et étrangers !

b. *Séniles, Hémiplégiques, etc.* — Cette classe de pensionnaires est également très nombreuse dans les asiles de la Seine. Depuis longtemps le fait a été signalé, notamment par MM. Rousselle, Muzet, Dubois, etc. M. Chautard y revenait dans son rapport de 1903 et préconisait leur envoi dans les colonies familiales ou dans une sorte d'asile hospice spécial [1]. Ces malades proviennent de différentes sources. Les uns sont envoyés avec une incroyable légèreté des hôpitaux ordinaires, des hospices de vieillards tels que Nanterre et Villers Cotterets, pour les motifs les plus futiles ou simplement pour s'en débarrasser. Une fois entrés à l'asile, il est presque impossible de les en faire sortir. D'autres, originaires des départements, sont dirigés sur Paris et abandonnés sur la voie publique.

Ils partagent ce privilège avec un certain nombre d'aliénés, de déments, d'aphasiques..... et avec les filles-mères [2] !

Cette situation des séniles et affaiblis n'est pas spéciale à Paris. La Commission des Asiles du County Council de Londres y fait allusion dans son rapport pour 1904; devant le nombre considérable d'internements de ce genre de malades elle fait remarquer qu'à une époque comme la nôtre, où l'on attribue à l'hérédité un

[1] Il est juste d'observer que si l'hospitalisation de ces déments séniles se fait dans des asiles de vieillards on allègera le budget des asiles d'aliénés sans dégrever pour cela les dépenses du département.

« La population hospitalisée dans les établissements départementaux de Nanterre et de Villers Cotterets compte plus de 5.000 hommes et femmes qui, pour le plus grand nombre, ont leur domicile de secours à Paris.

« C'est en conséquence à la Ville de Paris seule qu'incombent en droit les frais de séjour d'hospice de ces pensionnaires et cependant jamais ce département n'a reçu ni demandé la moindre participation financière de la Ville de Paris pour la gestion ou le fonctionnement de ces établissements.

« On peut évaluer à 1.500.000 francs au moins la dépense d'ordre municipal que le département prend ainsi bénévolement à sa charge, et, sous forme indirecte, c'est une véritable subvention qu'il accorde à la Ville de Paris, sans préjudice de la subvention qu'il lui doit et qu'il paye conformément à la loi sur le montant des pensions aux vieillards et aux infirmes. » Chautard (Rapport général de 1904), p. 17. Conseil général, 1903.

[2] « En 1859, le département de la Seine possédait à lui seul le 1/6e de la population des enfants assistés pour toute la France ; en 1872 cette proportion s'élevait au 1/5e, elle est actuellement de 1/4.

« Alors que le département du Tarn, le plus favorisé, ne compte qu'un enfant pour 3.250 habitants, celui de la Seine en a un pour 65,87 habitants.

« Cette situation provient non de la condition morale de la population de notre département, mais de ce fait que les départements envoient leurs filles-mères y faire leurs couches ». Ranson (Rapport général sur le budget de 1905), p. 45. Conseil général, 1904.

rôle si important dans l'étiologie de la folie, il est injuste d'infliger à une famille le stigmate de l'aliénation mentale parce qu'un de ses membres, intellectuellement affaibli par les progrès de l'âge, n'aura pu être soigné ailleurs que dans un asile d'aliénés. Plusieurs de ces malades, — le fait est également fréquent dans nos asiles — ont été renvoyés quelques jours après leur entrée, étant donné qu'ils ne présentaient aucun trouble mental.

c. *Aliénés difficiles et vicieux ; habitués des asiles.* — Je passerai rapidement sur cette catégorie d'individus qui constituent la plaie de nos établissements. Je leur ai consacré une étude spéciale dans la *Revue de Psychiatrie*[1] et dans mon rapport au préfet pour l'année 1903[2]. Je prie le lecteur de s'y reporter. On sait que le département ouvrira prochainement une section spéciale où ils pourront être traités d'une façon plus conforme à leur état mental et où ils seront soumis à un travail approprié.

d. *Parasites.* — Voilà encore un genre de malades bien spécial aux asiles de la Seine. Ils parviennent à s'y créer une situation, pour employer un terme consacré. Il s'agit de cette quantité d'individus qui encombrent les bureaux de direction et d'économat, les bibliothèques, les services de la cuisine et autres. Dans certains endroits que je ne veux pas nommer, ils occupent aussi des postes de confiance, téléphonistes, valets d'écurie, aides infirmiers, etc. Ce sont pour la plupart de vagues épileptiques, des débiles ou de simples ivrognes, sans oublier certains malades recommandés par des personnalités politiques ou autres. Le compte en serait facile à faire et il est inutile d'insister.

e. *Aliénés criminels.* — S'il est une classe de malades dont l'entretien devrait revenir à l'Etat, c'est bien celle des aliénés criminels. J'ai trop souvent, ici même, exposé les idées que je professe à leur égard pour qu'il soit besoin de m'étendre longuement. Malheureusement, pour cette question, comme pour bien d'autres en France, on se heurte tout d'abord à des raisons de sentimentalisme exagéré et à la résistance passive, mais prépondérante des bureaux. Puis le problème est oublié jusqu'au jour où un crime atroce ou une série de forfaits analogue à ceux de Vacher (pensionnaire libéré de deux asiles d'aliénés, ne l'oublions pas) viennent faire diversion aux préoccupations politiques, et ramènent l'attention sur la destination à donner aux aliénés criminels.

[1] *Revue de Psychiatrie*, mars 1904.
[2] Rapport général sur le service des aliénés du département de la Seine pour l'année 1903, p. 311-362.

Ce qui vient de se passer à la Chambre au sujet de l'établissement de Gaillon, est une preuve de ce que nous avançons. Le 24 décembre 1901, la Chambre votait, sur la proposition de MM. Delbet, Cruppi et Dubief, et sous l'impulsion de M. Waldeck Rousseau, le maintien de l'asile spécial de Gaillon, devenu le germe de l'asile futur d'aliénés criminels, et ordonnait son transférement à l'administration générale de l'Assistance publique. Ce vote n'était pas pour plaire à cette dernière et, de fait, pendant les quatre années qui suivirent, Gaillon resta une dépendance de l'administration pénitentiaire. Rien ne fut tenté pour l'organiser ; au contraire, on vit diminuer d'une façon continue et progressive sa population et les ressources qui lui étaient affectées. Ce qui devait arriver se produisit ; le 25 janvier 1906, la Chambre, sur la proposition de M. Dubief, votait la suppression de Gaillon. Un passage du discours du ministre est à citer, celui où il affirme que les asiles ordinaires sont pourvus de quartiers spéciaux organisés pour recevoir les aliénés criminels[1]. En dehors des quartiers cellulaires j'ignore quels sont

[1] *Journal Officiel* du 26 janvier 1906. Séance de la Chambre du 25 janvier. M. Dubief, Ministre de l'Intérieur : « Comme le disait l'honorable rapporteur, le seul moyen de faire cesser ce déplorable état de choses, c'est de répartir dans les asiles des départements dont ils relèvent, les quelques malades qui restent encore dans l'asile de Gaillon. Cette dispersion effectuée, l'établissement, appartenant à l'Etat, sera rendu à l'administration des domaines. Mais comme c'est un établissement admirablement placé, à flanc du coteau, ouvert sur l'admirable vallée de la Seine, dans un site des plus pittoresques ; comme il est parfaitement disposé et d'un aménagement facile pour recevoir et hospitaliser non plus trente ou quarante aliénés, criminels ou non, mais plusieurs centaines de malades ou de vieillards indigents de toutes sortes, de toutes les catégories, nous aurons à déterminer s'il y a lieu de demander aux Chambres de reconstituer là un asile spécial d'aliénés criminels dépendant encore de l'Assistance publique, ou bien s'il vaut mieux lui donner une autre affectation, en faire un asile de vieillards, d'incurables ou d'anormaux.

« C'est une question que l'administration étudiera, que le Conseil supérieur d'Assistance publique examinera à son tour ; une fois ces études préliminaires faites, nous soumettrons à la Chambre la solution qui aura été jugée la meilleure et nous demanderons au Parlement de la sanctionner par le vote des crédits nécessaires.....

« Ce ne sera pas encombrer les asiles de France d'un bien grand nombre de malades dangereux que d'y envoyer les trente ou trente-cinq malades qui sont encore à Gaillon. Les asiles d'aliénés contiennent des quantités de malades dangereux qui y sont hospitalisés dans des quartiers spéciaux organisés pour les recevoir ; il est donc sans inconvénient de répartir ces aliénés criminels dans les établissements départementaux existants où ils seront mieux soignés qu'à Gaillon.

« Lorsque nous aurons réalisé cette œuvre — et je réponds ici à M. Delbet — rien ne nous empêchera d'étudier la question de création, à Gaillon ou ailleurs, d'un établissement d'aliénés criminels.

« Cette solution sera étudiée et on nous dira si c'est la meilleure. L'avenir reste donc tout à fait réservé, comme je le disais en commençant. »

Détail intéressant, tous les pays sont maintenant d'accord sur la nécessité de fonder des établissements spéciaux. La Suède et la Suisse elles-mêmes, jusqu'ici réfractaires, participent au mouvement. Questionné par le professeur Olof Kinberg, d'Upsal, sur le rôle et la destination de l'asile de Gaillon, considéré au moment de sa création comme ayant réalisé un grand progrès, et dont les beautés naturelles provoquent l'admiration de M. Dubief, j'ai dû me borner à répondre par l'envoi de l'*Officiel* de 1901 et de celui de 1906.

les quartiers spéciaux où seront hospitalisés ces malades qui « sont avant tout des fous », nous assure M. Morlot.

Comment s'étonner, du reste, de pareilles conceptions de la part des hommes politiques. Comment et par qui seraient-ils renseignés? Dans une revue d'assistance très répandue parmi les gens du monde, la *Revue philanthropique*, M. Marandon de Montyel vient de faire paraître un compendieux travail sur les aliénés criminels. L'auteur néglige totalement de mentionner le vote très important du Congrès de Pau, proclamant la nécessité de créer des asiles spéciaux pour ce genre de malades ; je n'insiste pas ; je me borne à déplorer une semblable lacune, d'autant plus regrettable que nous avons pu apprécier bien souvent l'indépendance et l'impartialité scientifiques de M. Marandon de Montyel.

***

Les pages précédentes se passent de commentaires. Nous avons voulu montrer que les asiles de la Seine, auxquels on reproche de coûter fort cher, remplissent pour ainsi dire un rôle « d'Assistance nationale » et non pas seulement départementale, suivant l'expression très juste appliquée autrefois par M. Muzet au service également très dispendieux des enfants assistés.

Le mal est connu ; il serait facile d'y porter remède en enlevant aux établissements d'aliénés — qui s'en trouveraient singulièrement allégés — et en hospitalisant dans des locaux adaptés à leur destination une masse de malheureux qu'une grande Cité et qu'un grand pays ont cependant l'impérieuse obligation de secourir et de soulager.

MÉMOIRE CLINIQUE

L'IVRESSE PSEUDO-RABIQUE

Par le Dr J. Levassort
Ancien interne des Asiles de la Seine

Une des formes les plus curieuses, mais aussi les plus rares parmi les réactions de l'ivresse excito-motrice, est celle que notre maître Paul Garnier, a désignée sous le nom d'ivresse pseudo-rabique.

L'infirmerie spéciale, intermédiaire occasionnel entre la voie

publique et l'Institut Pasteur, reçoit pour les y transporter comme *atteints de rage* des malheureux, qu'un aveugle emportement a jetés, tels un animal hydrophobe soit sur les personnes, soit même sur les objets inanimés avec l'irrésistible besoin de les mordre, de les déchirer à pleines dents. Par un court examen on parvient à se convaincre que l'hydrophobie est étrangère à tout ce désordre où se révèle au contraire l'action toxique de l'alcool. La description que Paul Garnier nous a laissé est d'un réalisme saisissant. Nous ne saurions mieux faire que de la reproduire ici : « Il n'est pas rare, dit-il [1] qu'on arrête sur la voie publique des individus qui ont semé la terreur autour d'eux : excités, furieux ils se sont élancés la bouche ouverte, frémissante et souillée d'écume, l'œil hagard, sur les passants épouvantés ; ou bien ils se sont précipités dans leur frénétique envie de mordre sur les arbres ou les bancs des promenades publiques.

Ce n'est qu'avec beaucoup de difficultés qu'on parvient à s'emparer d'eux et à les mettre dans l'impossibilité de nuire. Leur aspect répondant à l'idée qu'on se fait communément de l'homme atteint d'hydrophobie, il n'est pas surprenant qu'on juge leur abord dangereux et leurs morsures redoutables, surtout en présence de cette fureur qui accroît extraordinairement leur force impulsive.

Certains ont encore entre les dents au moment de leur arrivée un morceau de bois qu'ils s'acharnent à déchiqueter ; il semble qu'il y ait chez eux comme un invincible besoin de faire agir leur machoire ; de là l'idée parmi ceux qui assistent à cette fureur de leur donner un morceau de bois sur lequel se *passe leur rage*.

Débarrassés de leurs liens à leur entrée dans le service et déposés dans une cellule capitonnée, leur agitation agressive s'éteint, un temps de repos survient et avec lui le sommeil profond et stertoreux qui clôt ces sortes d'accès. Le lendemain le calme et la lucidité ont reparu, et souvent l'enragé de la veille a tout oublié.

Ayant eu l'occasion d'observer nous-même un certain nombre de cas de fureur rabique, il nous a semblé intéressant de les grouper, non seulement pour émettre à leur sujet quelques considérations étiologiques et pathogéniques, mais encore par ce fait que deux de ces cas furent l'occasion d'erreur de diagnostic de la part des médecins qui les observèrent.

Ceux-ci appelèrent du nom de rage, maladie dont la gravité extrême est connue de tout le monde, ce qui n'était en réalité qu'une modalité réactionnelle essentiellement passagère de l'ivresse convulsive.

Observation I. — Pierre L.., 23 ans, vernisseur, se trouvait attablé, à une heure avancée de la nuit, chez un marchand de vins, lorsque soudain on le vit se lever et parcourir l'établissement en poussant des cris épouvantables tandis qu'une frange d'écume apparaissait à ses lèvres. Ses camarades se hâtèrent de le secourir ; mais, sous l'empire

[1] Paul Garnier. *La Folie à Paris*. p. 87.

d'une exaltation croissante, L.., se précipitait sur eux et les mordait cruellement aux mains et à la face, en criant : « Je suis enragé ! je suis enragé ! »

On le maîtrisa non sans peine en l'entourant de couvertures dans lesquelles il mordait à pleines dents. Puis, l'enquête rapide, ouverte par le Commissaire, ayant appris que L.., « prétendait avoir été mordu 8 jours auparavant par un chien enragé, et être en proie à des crises de rage », (Extrait du procès-verbal d'envoi), on envoya l'enragé à l'Infirmerie spéciale, pour être dirigé ensuite sur l'Institut Pasteur.

A son entrée, dans le service, il était toujours très exalté, refusa de boire en faisant signe qu'il lui était impossible de rien avaler; puis sans prononcer une parole, et grinçant des dents, il se précipita sur tous les objets qu'on lui présentait en cherchant à les mordre. Il passa une partie de la nuit couché à plat ventre sur son matelas dont il tenait un coin serré convulsivement entre ses mâchoires ; puis vaincu par la fatigue, il s'endormit profondément.

Le lendemain, à son réveil, il n'a gardé aucun souvenir des faits qui ont motivé son envoi dans le service ; la lacune est totale entre son entrée dans un bar de la rue St-Maur et son réveil dans une chambre de l'Infirmerie. D'ailleurs il présente la courbature physique et la confusion mentale des lendemains d'ivresse. Néanmoins il se rappelle avoir fait la veille de copieuses libations : plusieurs apéritifs et deux litres de vin blanc.

Tout symptôme de rage a dès lors disparu : il ne pense plus à mordre, et la déglutition des liquides s'effectue très normalement.

Cependant, il était exact que L.., avait été, huit jours auparavant, légèrement mordu au pouce droit ; il n'avait attaché aucune importance à sa morsure ; il est juste d'ajouter que le chien avait été reconnu exempt de la rage et que la plaie résultant de la morsure est en bonne voie de cicatrisation.

Au point de vue de ses antécédents, Pierre L.., fils d'un père alcoolique, commet lui-même depuis 5 ans des excès de boisson, surtout de vin blanc ; de plus il exerce la profession de vernisseur et travaille toute la journée dans des vapeurs d'alcool, qui par moments lui causent des étourdissements analogues à ceux produits par l'ivresse. Il est donc fort possible que cette intoxication professionnelle soit venue fournir un appoint aux troubles passagers survenus chez ce prédisposé, à la suite de l'absorption d'une dose massive du poison éthylique.

Sevré d'alcool, L.., ne présenta aucun trouble délirant, et après quelques jours de repos et de réflexion à l'Infirmerie, il fut remis en liberté.

Observation II. — Georges Leb., 19 ans, garçon marchand de vins, est arrêté le 30 janvier 1905 dans le quartier Saint-Antoine. Il se roulait à terre et paraissait frappé d'une crise convulsive. Il est conduit à l'hôpital, où l'on refuse de l'accepter en émettant l'hypothèse de « *rage* ».

Le malade, en effet, manifestait une excitation des plus violentes et mordait tout ce qui se trouvait à sa portée, y compris le sabre du sergent de ville.

Conduit à l'Infirmerie spéciale, son état d'agitation persiste pendant deux ou trois heures, puis fait place à une profonde prostration et au mutisme ; il se présente avec un air sombre, hébété dans l'attitude de la défensive et prêt à prendre celle de l'offensive ; le regard est trouble et mauvais.

Cet abattement persiste toute la journée du 31. Le soir, le malade se couche et dort profondément pendant toute la nuit.

Le lendemain, 1er février, il est revenu à l'état normal, mais il garde un souvenir très vague des événements antérieurs : « En me réveillant le matin dans une cellule, nous dit-il, j'ai pensé que je devais être au poste, mais, malgré tous mes efforts, le souvenir de ce que vous me dites ne me revient pas, je ne me rappelle pas en particulier avoir mordu. »

Voici d'ailleurs l'emploi qu'il donne de son temps ce jour-là (30 janvier) :

Lundi dernier il était allé chez son cousin qui lui donnait l'hospitalité depuis quelques jours, car il se trouvait sans place. Il avait pris deux « mominettes ». Il renversa par maladresse un encrier ; une discussion s'engagea, et L... à la suite de cette discussion partit brusquement. « A partir de ce moment, nous dit-il, je ne sais plus très bien ce qui se passa. »

Il se rappelle bien être allé des Halles à l'avenue Ledru-Rollin ; mais il ne se rappelle pas y avoir été arrêté.

L... est un garçon de 19 ans, de stature moyenne, assez vigoureusement constitué, sans tares physiques appréciables. Il dit n'avoir jamais eu de maladies graves ; mais, à l'âge de 9 ans, il fut victime d'un accident qui constitue relativement à la forme pseudo-rabique de son ivresse une coïncidence bizarre : il fut mordu par un chien à la joue droite. Le chien n'avait donné aucun signe de rage, et l'accident fut produit par une maladresse de l'animal en voulant happer un morceau de pain que l'enfant tenait à la main. La plaie fut longue à guérir : il y eut suppuration, érysipèle secondaire avec délire et fièvre.

Aujourd'hui, il reste une cicatrice incurvée, légèrement rétractile, avec relèvement assez sensible de la commissure buccale du côté droit.

A l'âge de 15 ans, L... se plaçait comme garçon marchand de vins et, depuis cette époque, il boit d'une façon immodérée du vin blanc, des apéritifs variés et en particulier de l'absinthe et du cognac; il présente d'ailleurs du tremblement des mains et de la langue, signes révélateurs de ses habitudes éthyliques.

Au reste, le terrain était particulièrement favorable à l'imprégnation toxique car, d'après les renseignements que nous avons pu recueillir sur ses antécédents héréditaires, nous avons appris que le père et le grand'père paternels de L... étaient de grands buveurs (vin et apéritif).

Au bout de quelques jours d'observation, L... demeuré calme et lucide, fut remis en liberté par le docteur Garnier.

Observation III. — Georges L. 18 ans, garçon marchand de vins, est envoyé en observation à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police par le commissaire de Joinville-le-Pont auprès duquel on l'avait amené, pour les motifs suivants ;

L. avait été pris brusquement, en travaillant, d'une crise excito-motrice extrêmement violente, au cours de laquelle, la bouche pleine d'écume et grinçant des dents, il se roulait à terre, puis se relevant tout à coup se précipitait sur les témoins de cette scène en cherchant à les mordre,

Un médecin appelé à ce moment à lui donner ses soins, avait délivré le certificat suivant : « Je soussigné, docteur en médecine certifie que L. est atteint de délire qui ressemble à une *crise de rage*; on devrait le transporter immédiatement avec toutes les précautions utiles en pareille circonstance à l'hopital. Signé Dr X. 21 juillet 1905 ».

Transporté aussitôt, soigneusement ligotté, au commissariat, L. avait déjà retrouvé le calme et ne cherchait plus à mordre personne, il était très étonné de ne plus être chez son patron et demandait pourquoi on l'avait ainsi garotté, comme s'il avait commis un crime.

Il n'avait gardé aucun souvenir de la scène précédente. Le commissaire jugeant avec raison qu'il s'agissait d'une crise d'alcoolisme aigu mais ne voulant pas prendre sur lui, étant donné le diagnostic porté par le médecin, de remettre L. en liberté, l'envoya aux fins d'observation à l'Infirmerie spéciale.

On l'examine à son arrivée et on ne constate aucun signe d'hydrophobie : d'ailleurs il n'a jamais été mordu par un animal atteint de rage. Actuellement il est calme, lucide et parfaitement capable de nous renseigner sur ses antécédents.

Sa mère morte tuberculeuse à 36 ans était très nerveuse ; son père est un buveur invétéré, ils eurent 7 enfants dont 4 sont morts en bas âge ; 3 ont survécu et sont d'une santé délicate. Notre malade est le plus jeune, il eut peu après sa naissance des convulsions qui faillirent l'emporter ; toujours malade, il n'a commencé que très tard à marcher ; enfin à l'âge de 9 ans il eut une méningite. Actuellement c'est un garçon de 18 ans, d'aspect peu vigoureux, sans grandes tares organiques, mais présentant des stigmates physiques de dégénérescence : il existe de l'asymétrie faciale et la voute palatine est ogivale ; au point de vue intellectuel on note une certaine débilité mentale ; il est d'une émotivité exagérée, manifestant, pour des motifs parfois futiles, un profond abattement ou une exaltation hors de proportions.

Garçon marchand de vins depuis 3 ans il était, paraît-il, très sobre, ne buvant jamais en dehors des repas (d'ailleurs il était depuis 8 jours au régime lacté exclusif pour une angine qui avait motivé un séjour à l'hopital Tenon). Toutefois son métier l'obligeait à vivre continuellement plongé dans des vapeurs alcooliques : en particulier lorsqu'il devait, ce qui lui arrivait au moins une fois par semaine, mettre en bouteilles une pièce de vin.

Non seulement, ce travail était pour lui une cause de fatigue surajoutée, mais il le contraignait à passer une journée entière occupé dans une cave mal aérée, en contact immédiat avec les vapeurs alcooliques émanant du vin nouveau : il en sortait habituellement tout étourdi, comme en état d'ivresse.

Depuis quelque temps, très surmené, il dormait mal, en proie à des cauchemars, rêvant qu'il se battait ou tombait dans un précipice. C'est à la suite de la fatigue et du séjour prolongé dans la cave où il venait de soutirer une pièce de vin qu'il présenta la crise excito-motrice qui fut la cause de son envoi dans le service. L'observation à laquelle on l'y soumit pendant trois jours, n'ayant permis de constater aucun trouble morbide, L. fut remis en liberté.

Observation IV. — Henri L. 18 ans, mécanicien, est amené à l'Infirmerie spéciale parce que, sous l'influence de l'ivresse, il cherchait à mordre les agents qui voulaient le contenir. La scène qui a précédé et motivé son envoi dans le service fut extrêmement violente.

Pour se préserver de ses coups et de ses morsures, pour l'empêcher également de se blesser lui-même et de se déchirer le bras avec ses dents comme il tentait de le faire, on dut l'attacher avec des cordes, et sur le procès-verbal qui l'accompagne, le commissaire de police mentionne l'obligation dans laquelle il se trouva de prendre cette mesure *à l'égard d'un homme atteint de rage.*

A son entrée il est encore dans un état d'excitation extrême ; mais le

calme reparait bientôt et le lendemain au moment de la visite, L. est revenu à lui; par contre il a totalement perdu le souvenir de la scène de la veille.

L. est le fils unique d'un père bien portant mais d'une mère hystérique ; il eut des convulsions dans l'enfance; depuis il n'eut pas d'accidents, ni de maladie sérieuse. Son intelligence est médiocre, à l'école il comprenait difficilement, aussi son instruction est presque nulle.

Au point de vue physique, c'est un garçon assez bien developpé pour son âge; mais il présente des stigmates indéniables de dégénérescence, la voute palatine est ogivale, les oreilles sessiles et il bégaye en parlant.

L. n'a pas d'habitudes alcooliques avérées : il ne présente d'ailleurs aucun signe d'intoxication chronique ou d'altération organique d'origine éthyliquo. Mais le matin qui précéda son entrée à l'Infirmerie, étant à jeun, il but dans un court laps de temps, un litre de vin blanc. Ivre presque dès le début, il ne tarda pas à s'exciter, et son excitation alla toujours croissant jusqu'au moment où elle nécessita l'intervention de la police.

Son séjour à l'Infirmerie fut de courte durée; après quelques jours d'observation pendant lesquels son calme persista, il fut rendu à la liberté.

Observation V. — Gabriel I.., 18 ans, homme de peine, est amené d'urgence à l'Infirmerie, entièrement ficelé de la tête aux pieds le long d'un matelas. Il est sous l'empire d'une violente crise d'excitation consécutive à l'ingestion d'une assez grande quantité d'alcool : dans la soirée en effet il a absorbé deux verres de rhum, une absinthe et *deux litres de vin blanc*. Devenu subitement furieux il s'empara d'un couteau dont il voulait frapper ceux qui l'approchaient, puis il tenta de se précipiter par la fenêtre : il voulait, disait-il, tuer un homme qu'il croyait voir dans la rue, embusqué derrière une porte et semblant l'attendre pour le frapper.

Désarmé non sans peine et maîtrisé, il est envoyé par le Commissaire de police à l'Infirmerie spéciale où on le délie et où on le dépose dans une chambre capitonnée ; aussitôt libre de ses mouvements il se précipite tête baissée sur les parois de sa cellule ; sa bouche se tord en d'épouvantables convulsions et il cherche à mordre tout ce qui se trouve à sa portée ; il grince des dents et entre ses lèvres s'échappe une écume abondante.

Au bout de quelques heures, le calme reparaît, le malade s'endort lourdement et le lendemain tout souvenir de cette scène a disparu.

Sa mère nous apprend que la crise furieuse de la veille succéda à l'absorption d'un litre de vin que son fils, déjà ivre et surexcité, vida d'un trait devant elle.

Il y a un mois, il avait eu une crise analogue mais moins violente ; I.., fait des excès de boisson depuis l'âge de 14 ans et présente d'ailleurs déjà quelques signes d'alcoolisme : du tremblement des mains et des crampes dans les jambes ; son sommeil est troublé par des cauchemars.

Cependant malgré cette imprégnation éthylique manifeste il ne donna lieu pendant le reste de son séjour dans le service a aucune manifestation délirante et après une observation que l'on crut devoir prolonger pendant plusieurs jours, il fut remis en liberté.

Ce qui frappe tout d'abord, lorsqu'on lit ces observations, c'est le jeune âge des sujets qu'elles concernent ; le plus âgé a 23 ans,

les autres ont entre 18 et 19 ans. Emotivité excessive, réaction impulsive immédiate sous une influence toxique relativement faible, telle est la note qui domine le caractère de nos jeunes malades. D'ailleurs, cette tendance à l'impulsivité est la conséquence, ou plutôt l'accompagnement habituel de la débilité mentale que nous trouvons signalée chez tous nos sujets.

Ce sont des faibles d'esprit et c'est à cause de cette faiblesse qu'ils n'ont pu résister à l'entraînement qui les a conduits au cabaret. Mais la forme excito-motrice de l'ivresse est un mode anormal de réaction qui semble impliquer presque nécessairement une prédisposition innée ou acquise de celui chez lequel on l'observe ; c'est en effet le cas ici, et quatre de nos sujets présentent les stigmates physiques de la tare dont ils ont hérité de leurs parents ; ce sont des dégénérés, et comme tels ils réagissent avec une si grande facilité que, suivant la comparaison de Paul Garnier, devant une pareille explosion « on peut conclure que l'arme était toute chargée et que l'alcool en intervenant n'a joué que le rôle du doigt qui presse la détente ».

Le rôle de l'agent toxique n'est en réalité que secondaire et les manifestations de cette ivresse anormale empruntent moins dans leur genèse et leur évolution au poison lui-même qu'à l'état sous-jacent, c'est-à-dire à l'excitabilité morbide qui est le terrain commun où se développent les troubles de ce genre ; et cela est si vrai que la crise évolue tout entière sans être accompagnée d'aucune participation morbide de l'élément sensoriel ou psychique, c'est-à-dire sans hallucinations ni délire, ceux-ci appartenant en propre à l'alcool. Au reste, nos malades ne sont pas des alcooliques au sens médical du terme et l'examen ne révèle pas habituellement chez eux les signes cliniques de l'alcoolisme ; ce sont des prédisposés par leur dégénérescence mentale à une réaction motrice désordonnée sous l'influence de l'ivresse.

On peut maintenant se demander pourquoi la « décharge motrice », au lieu d'être généralisée comme dans l'ivresse convulsive ordinaire, s'est localisée au niveau des muscles masseters ; pourquoi au lieu de simuler l'épilepsie, elle a revêtu les apparences de la rage.

Une seule réponse ne convient pas à tous les cas ; trop générale elle risquerait fort d'être souvent inexacte ; mais on peut dire que dans la majorité des cas, c'est dans le passé du malade que doit être cherchée la cause de cette modalité réactionnelle.

On trouvera tantôt une morsure plus ou moins ancienne ayant antérieurement donné lieu à des craintes d'hydrophobie ; tantôt une simple phobie ne reposant sur aucun fait matériel (n'oublions pas le terrain sur lequel nous évoluons) ; tantôt enfin, rien dans les anamnestiques ne vient expliquer la crise rabique qui emprunte son allure théâtrale à la débilité mentale du sujet toujours prête à dramatiser les moindres actes, les plus banals en apparence.

Un second point mérite, dans nos observations, d'être relevé. Il

n'est pas sans intérêt de considérer les professions exercées par nos sujets.

Tout d'abord on voit qu'elles appartiennent à celles qui nécessitent, soit un effort musculaire violent, comme celle d'homme de peine, de mécanicien, soit un effort prolongé avec par moments des « coups de feu », pour employer l'expression des garçons marchands de vins tôt à l'ouvrage, veillant souvent le soir assez tard, dormant peu par conséquent. On peut donc avancer avec certitude que nos sujets sont des surmenés.

En plus de la somme de travail fournie, les conditions dans lesquelles s'effectue celui-ci viennent encore favoriser l'apparition de troubles morbides ; trois de nos malades (les garçons marchands de vins et le vernisseur), vivent en effet plongés, du fait de leur profession, au milieu d'un air chargé de vapeurs éthyliques, de telle sorte, qu'à l'alcool ingéré volontairement par eux, vient s'ajouter celui qu'ils absorbent en respirant.

Tous accusaient d'ailleurs des troubles vertigineux à la fin de leur journée, et pour l'un d'eux même, garçon sobre d'habitude et chez lequel on n'a pu relever aucun excès fortuit de *boisson*, l'intoxication professionnelle demeure seule cause des troubles convulsifs qui furent observés.

Enfin, si la quantité d'alcool ingéré ne joue qu'un rôle secondaire dans la genèse des accidents, ainsi que nous le remarquions au début de cette étude, ce n'est pas non plus à la nature de l'agent toxique qu'il faut demander compte de la forme revêtue par cette ivresse pathologique.

En effet, si nous exceptons le cas de Georges Leb., dans aucun des autres cas présentés nous ne pouvons attribuer à l'action d'un poison convulsivant, à l'absinthe en particulier, pourtant si souvent en cause, la modalité réactionnelle observée : le vin fut le seul coupable ; remarquons toutefois qu'il s'agissait surtout de vin blanc, dont la toxicité est plus grande que celle du vin rouge.

On voit donc combien, par suite de l'absence ou du peu d'importance intrinsèque de la notion étiologique, on se heurte parfois à de sérieuses difficultés pour le diagnostic d'une crise convulsive d'apparence rabique. Les commémoratifs eux-mêmes, une morsure récente par exemple, peuvent être une source d'erreur. D'autre part, le mode de pénétration de l'alcool dans l'organisme, en dehors de l'excès commis au cabaret, peut être d'une recherche délicate ; on ne devra jamais, à ce sujet, perdre de vue la possibilité d'une intoxication aiguë professionnelle, comme dans l'exemple très net que nous avons rapporté et qui d'ailleurs avait été méconnu.

Enfin, s'il est presque toujours facile de reconnaître l'hydrophobie imaginaire que l'on rencontre chez certains délirants mélancoliques et qui ne se traduit en général par aucun signe objectif, on devra toujours songer qu'on peut se trouver en présence d'une manifestation de la névrose comitiale. La crise vertigineuse épileptique présente en effet, avec la variété d'ivresse excito-motrice dont nous venons de relater quelques cas, de

nombreux points analogues ; en dehors de la notion étiologique, les caractères mêmes de la crise peuvent servir à différencier les deux affections : dans l'ivresse, l'invasion est moins soudaine, les phénomènes précurseurs plus accentués, la période soporeuse beaucoup plus longue, l'amnésie moins totale, moins absolue que dans la crise comitiale. Enfin, celle-ci est rarement la première ou l'unique manifestation de l'épilepsie, qui pourrait en général être décelée par l'examen méthodique et complet du malade et la recherche des autres signes du morbus-sacer.

LETTRE ÉTRANGÈRE

LETTRE DE SUISSE

Par le Dr P. Ladame (de Genève)

Les aliénés criminels en Suisse. — Leur placement dans les asiles. — Aliénés dangereux. — Statistique des criminels aliénés dans les prisons et pénitenciers. — Discussion à la réunion de la Société des médecins-aliénistes suisses à Saint-Urbain. — Décisions prises. — Thèse du Dr Edouard Borel.

La question des aliénés criminels est partout à l'ordre du jour. Tandis qu'elle figurait au programme du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, réunis à Pau en août 1904, elle était discutée le 23 mai précédent dans la réunion des médecins-aliénistes suisses à Saint-Urbain, asile cantonal de Lucerne.

Cette discussion fut introduite par un rapport des Drs Fröhlich, de Kœnigsfelden (Argovie) et v. Muralt, de Zurich. Fröhlich signale les inconvénients des nombreux aliénés criminels qu'il a dans son asile, déjà fortement encombré (près de 700 malades). Ces éléments dangereux et gênants sont une entrave pour le traitement « libre » des aliénés, comme Brierre de Boismont l'avait déjà constaté en 1846. Il n'est pas possible d'occuper convenablement les aliénés criminels ; ils fomentent partout des révoltes et des intrigues ; ils complotent des évasions, des vengeances, etc. Les autres malades souffrent beaucoup de leur présence dans certains asiles, qui perdent ainsi leur caractère de maisons hospitalières.

Il va sans dire que ces inconvénients varient beaucoup d'un asile à l'autre, mais là où ils existent, ils deviennent vraiment intolérables. Ces fâcheux éléments n'appartiennent certainement pas aux asiles d'aliénés. On peut sans doute atténuer leur nocuité en les répartissant dans diverses divisions. Mais cela n'est possible que dans les grands asiles. Les rapporteurs ont fait une enquête dans les asiles suisses, de laquelle il résulte que le nombre des aliénés criminels dans les établissements cantonaux était alors de 737 individus (565 hommes et 172 femmes).

Une grande partie de ces individus sont inoffensifs et n'appartiendraient assurément pas à un asile spécial. Des 565 hommes on en signale seulement 70 qui sont un danger permanent. Mais il y faut ajouter un certain nombre d'aliénés très dangereux, bien qu'ils n'appartiennent pas officiellement à la catégorie des aliénés criminels. L'enquête, qui s'étendait aussi à ceux-là, a révélé qu'ils étaient au nombre de 57 aliénés dangereux, non criminels (sur 3170 aliénés hommes internés dans les asiles au moment de l'enquête [1]).

L'enquête statistique donna les résultats suivants dans les prisons et les maisons de correction. Ces chiffres doivent être considérés comme des minima, car ce sont les directeurs des pénitenciers qui les ont fournis, et non pas les médecins.

On comptait dans ces établissements, au moment de l'enquête, 64 aliénés, 63 faibles d'esprit, 18 épileptiques, et pour le moins 265 alcooliques chroniques.

Ce dernier chiffre montre combien Forel avait raison lorsqu'il demandait la création d'asiles spéciaux pour buveurs incorrigibles. La plus grande partie de ces alcooliques sont des criminels d'habitude, ou des individus atteints de psychoses alcooliques incurables, qui trouveraient leur place dans un asile d'aliénés criminels.

On trouve aussi dans les asiles d'autres éléments dangereux parmi les psychopathes à responsabilité diminuée, fous moraux, dégénérés, pervertis sexuels, vieux ivrognes, etc., dont le nombre se montait à 64 hommes et 35 femmes d'après l'enquête.

Fröhlich ne partage pas l'opinion de Naecke qui ne veut pas d'asiles spéciaux et qui demande la réunion dans les mêmes établissements des criminels aliénés avec les autres malades. En éloignant les éléments dangereux des asiles, ces derniers sont non seulement déchargés quantitativement, mais aussi améliorés qualitativement, de telle sorte que leur administration en devient plus tranquille et plus sûre.

L'auteur examine ensuite les circonstances spéciales de la Suisse vis-à-vis des trois solutions qui ont été proposées pour résoudre la question :

1. Un quartier annexé à la prison ;
2. Un quartier annexé à l'asile;
3. Un établissement central spécial.

Il montre les difficultés et les inconvénients des deux premières solutions. La justice pénale restera une affaire cantonale, même après l'adoption du nouveau code pénal suisse. On ne pourrait donc pas songer à créer une annexe dans une des prisons pour toute la Suisse. Il en serait de même pour une annexe dans l'un des établissements cantonaux d'aliénés. Une expérience récente nous a appris qu'on n'y arriverait pas non plus au moyen d'un concordat intercantonal.

[1] Dans les 23 asiles des cantons suisses il y avait au 31 décembre 1903 huit mille internés.

La seule solution possible, en Suisse, d'après M. Fröhlich, serait la création d'un asile central autonome. Il faut un établissement fédéral, auquel tous les cantons auraient des droits proportionnels au nombre de leurs aliénés-criminels placés. Il va sans dire qu'on n'y placerait que des malades devant y faire un séjour prolongé ou même définitif. Les asiles cantonaux continueraient à recevoir les prévenus en observation, ou les condamnés aliénés, qui ne seraient transférés dans l'asile central que s'ils étaient dangereux ou incurables. Les aliénés dangereux, sans être criminels, seraient aussi évacués à l'asile central.

Les inconvénients résultant de la concentration des éléments dangereux dans un même établissement seraient atténués autant que possible par l'organisation technique de l'asile et par le choix d'un personnel nombreux et bien stylé.

Le rapporteur propose que la confédération se charge des frais de la construction, mais que les cantons apportent leur concours par des subventions proportionnelles au nombre de places dont ils auraient besoin. Il faudrait un asile pour 300 à 350 hommes. On pourrait attendre pour les femmes aliénées criminelles, moins nombreuses et moins dangereuses. Une division spéciale devrait être réservée pour les malades de la Suisse française et italienne, qui fournirait environ le quart des internés.

Le Dr v. Muralt, de Zurich, co-rapporteur, empêché par la maladie de venir à St-Urbain, avait envoyé un travail écrit, dans le même sens que le précédent, et les deux rapporteurs présentèrent d'un commun accord les conclusions suivantes qui furent adoptées par la Société, après une discussion assez vive. Plusieurs orateurs contestèrent formellement l'utilité de l'asile central proposé.

1. La société des médecins-aliénistes suisses se prononce pour l'érection d'un asile central fédéral destiné aux aliénés-criminels. (Adopté à une faible majorité).

2. Une commission spéciale sera chargée de l'étude d'un projet détaillé et de la propagande nécessaire auprès des autorités et dans le peuple. (Adopté à l'unanimité).

La commission susdite, composée de 3 membres fut immédiatement nommée. Elle n'a pas encore rapporté sur cette question, bien que le sujet du placement des aliénés criminels fût inscrit au programme de la réunion de la Société qui eut lieu à Wil (St-Gall) les 12 et 13 juin derniers (1905). On renforça à cette occasion, la commission, dont le nombre des membres fut porté à 5. Sa tâche ne sera pas facile, car on est loin d'être d'accord sur l'opportunité de la création d'un asile central.

Le Dr Edouard Borel, de Neuchâtel, ancien médecin assistant à la maison de santé de Préfargier, actuellement premier assistant à la clinique psychiatrique de l'Université de Genève (à l'asile cantonal de Bel-Air) a présenté en 1904, sous les auspices de M. le professeur Weber, une thèse inaugurale intitulée « *Du Placement des aliénés criminels en Suisse* ». Ce travail, fort bien conçu, passe d'abord en revue les principaux établissements d'aliénés criminels qui existent actuellement dans les divers états, en Europe, en

Amérique, au Japon et dans l'Australie occidentale. Il discute ensuite les divers modes de placement des aliénés criminels, asile spécial, quartier dans l'asile ordinaire ou dans les prisons et pénitenciers. infirmerie de prison ou pénitencier, ce dernier mode n'existant encore qu'en théorie. Abordant ensuite l'état de la question en Suisse, l'auteur résume les réponses qu'il a reçues des 23 asiles auxquels il a adressé un questionnaire détaillé. Son enquête, faite parallèlement à celle du Dr Fröhlich, a donné des résultats un peu différents pour les asiles, mais le Dr Borel n'a pas fait de recherches analogues dans les prisons et les pénitenciers. A la fin de 1903 sur une population de 7697 aliénés internés (dans 20 asiles), M. Borel a compté 631 aliénés criminels, soit le 8 0/0, tandis que M. Fröhlich en avait trouvé 737 pour 8000, soit 9 0/0.

Dans une seconde partie de son travail, M. Borel étudie d'une façon plus spéciale l'état de la question dans les cantons de Genève et de Neuchâtel. A Bel-Air il y eut pendant 4 ans (1900-1903) 49 entrées d'aliénés criminels (43 malades, dont quelques-uns sont entrés plusieurs fois à l'asile). Ce qui domine de beaucoup ce sont les cas de démence précoce paranoïde et ceux de délire alcoolique. L'auteur relève le fait que sur les 43 malades internés, 12 le furent après condamnation, ce qui provient de ce que l'autorité judiciaire n'a pas coutume, à Genève, de faire examiner les prévenus par un médecin-aliéniste. Tant que le jury tranchera la question de la responsabilité et s'attribuera la compétence de distinguer ceux qui sont fous et ceux qui ne le sont pas, dit-il, nous verrons se renouveler les condamnations d'aliénés.

L'auteur donne ensuite 16 observations d'aliénés criminels traités à Bel-Air.

« Il est évident, conclut M. Borel, que l'asile de Bel-Air n'est pas en situation de recevoir des aliénés criminels dangereux, ni de les traiter. Les tranquilles ont dû être relégués aux « agités » par mesure de sécurité ! Bel-Air ne peut fournir aux autorités la garantie de surveillance et de garde de ces éléments qui, malgré toutes les précautions pourraient réussir à s'évader ». C'est ce qui s'est passé, en effet, pour deux voleurs en observation qui se sont facilement enfuis de la clinique.

A Neuchâtel, de 1894 à 1903, on comptait 48 aliénés criminels sur 585 entrées, soit le 8 0/0. Ce sont encore les formes paranoïdes qui dominent. Il y a sensiblement moins de délires alcooliques,

Contrairement à ce qui a été noté pour Genève, aucun aliéné n'est venu à Préfargier après sa condamnation. M. Borel pense que cela tient à l'autorité judiciaire qui multiplie ici les expertises de prisonniers, en les soumettant à l'observation des médecins aliénistes. Dès que les prévenus paraissent avoir une mentalité suspecte, le procureur général les fait aussitôt examiner par un spécialiste. L'auteur dit que c'est en raison de ces expertises répétées que le nombre des délits graves est sensiblement moins grand à Neuchâtel qu'à Genève, car les prisonniers, aliénés, enlevés assez tôt à la circulation, abaissent le taux des délits graves. Suivent 7 observations d'aliénés criminels internés à Préfargier.

L'auteur conclut à la nécessité d'un *asile spécial*. Il n'est pas partisan d'une annexe à la prison ni à l'asile ordinaire, et il en démontre les inconvénients.

« Un asile spécial pour les hommes seulement nous paraît suffisant dit-il, le nombre des femmes aliénées criminelles dangereuses ne nécessite pas, pour le moment du moins, une subdivision à elles... L'asile spécial trouverait en Suisse un nombre relativement grand de malades parmi lesquels les paranoïdes et les épileptiques seraient fortement représentés ».

Cet asile devrait admettre les catégories suivantes (assez différentes de celles proposées par MM. Fröhlich et v. Muralt) :

1. Les aliénés ayant commis des actes délictueux graves ;

2. Ceux qui n'ont à leur charge qu'un délit de peu d'importance, mais qui en raison de leur caractère et de leur délire, doivent être considérés comme très dangereux ;

3. Les condamnés ayant commis un délit grave et devenus aliénés en cours de peine ;

4. Les individus coupables de quelque délit grave, et dont l'état mental paraît douteux. Ils seraient placés à l'asile spécial en observation et donneraient lieu à une expertise.

(Cette 4e conclusion est contraire aux propositions de MM. Fröhlich et v. Muralt).

Un index bibliographique assez complet termine cet intéressant travail, qui a paru avant le rapport magistral du Dr P. Kéraval au Congrès de Pau.

La question est désormais posée en Suisse. Souhaitons que les difficultés qui sont à prévoir pour sa solution soient bientôt vaincues, et que la commission des médecins-aliénistes à laquelle elle est soumise nous apporte prochainement les résultats pratiques de son étude et de son enquête.

REVUE DES LIVRES

Raffaele BRUGIA, de Bologne. — **Problemi della degenerazione,** avec préface de E. MORSELLI, professeur à l'Université de Gênes. 1 vol. in-8° de 432 pages, avec 18 figures et 12 planches. Bologne, Lani Chelli, 1906, Prix : 10 francs. — M. Brugia a consacré aux problèmes de la dégénérescence un important ouvrage. Et certes, bien qu'à l'heure actuelle on ne se passionne plus autant pour l'étude des dégénérés, depuis qu'on renonce un peu à qualifier de ce nom tous ceux qui semblaient s'écarter, de quelque manière que ce fût, d'une bonne médiocrité bourgeoise, néanmoins on ne peut se désintéresser de ce fait indéniable que, plus l'homme élève sa culture, plus il progresse en civilisation, et plus, de la hauteur à laquelle il parvient, il doit laisser retomber des déchets humains, entraînés souvent par leur chute dans les pires bas-fonds.

Après un exposé de la théorie classique de la dégénérescence, principalement d'après Morel, mais où l'on s'étonne de ne pas voir prononcé le nom de Magnan, étant donné que l'auteur se montre très au courant

de la littérature française, trois chapitres sont consacrés aux rapports de la dégénérescence, d'une part avec les maladies mentales, de l'autre avec l'immoralité, et enfin avec la délinquence (mot plus général et plus exact que celui de criminalité).

M. Brugia met particulièrement en lumière l'*égoïsme* du dégénéré, facteur important, mais non exclusif, des actes immoraux et coupables. Quelques figures servent à l'auteur pour rendre nettement visible sa conception des rapports de la dégénérescence avec la folie et la délinquence : ces trois états sont représentés par trois cercles qui se coupent, en sorte qu'il existe une zone commune aux trois états, trois zones communes à ces états pris deux à deux, et enfin trois zones, les plus considérables, isolées, et telles qu'il faille bien admettre l'existence d'aliénés, de dégénérés et de criminels qui puissent être absolument distingués les uns des autres. On voit par là que M. Brugia ne se laisse pas aller à des exagérations qu'on a parfois reprochées à l'école criminaliste italienne.

L'étude des sources et des voies de la dégénérescence conduit l'auteur à admettre l'influence de l'hérédité, qui ne transmet pas un état de dégénérescence, mais prédispose à des déséquilibres fonctionnels, à des troubles de nutrition, retentissant sur le système nerveux et particulièrement sur la zone affective. Amené à ce propos à exposer la théorie de l'*atavisme*, c'est-à-dire du retour héréditaire à l'état d'ancêtres éloignés, dont est partie l'évolution humaine, M. Brugia se rallie aux explications ataviques de bien des faits de dégénérescence. L'enfant est immoral comme l'homme primitif, et bien souvent le dégénéré et le criminel sont des infantiles. Morselli n'a-t-il pas expliqué la criminalité par un retour à l'état de nature primitif ? A côté de l'évolution, il y a une involution physique et psychique, une reversibilité accidentelle. La morale est un fruit de l'évolution civilisatrice ; il faut, avant d'atteindre le déterminisme du sentiment moral, passer par un état d'immoralité (le mot d'amoralité serait plus juste) que souvent les dégénérés ne quittent pas.

Il y a dans cette thèse bien des excès qu'on aurait aimé à voir relever par l'auteur, qui, à propos des vues sur le criminalisme, expose avec sympathie, mais non pas sans critique, l'œuvre puissante de Lombroso.

L'étude des signes de la dégénérescence est intéressante. L'auteur montre bien qu'aucun signe ne donne des certitudes, et qu'isolé il ne peut prendre une réelle signification. Ce n'est que dans un ensemble que l'on peut trouver de quoi assurer de fortes présomptions diagnostiques ; en général, ces signes représentent des « exceptions », des altérations du type normal, moyen.

L'étude de ces signes, organiques (à ce propos revient le fameux type criminel, dont l'auteur ne montre pas assez l'arbitraire et le factice) et psychiques (perversions, inversions sexuelles, vanité, etc.), termine le volume, dont les dernières pages sont consacrées au génie, qu'on a considéré parfois comme un signe de dégénérescence ! M. Brugia montre à ce propos avec beaucoup de justesse ce qu'il y a d'arbitraire dans la notion du génie, qui ne se différencie le plus souvent du talent que pour des raisons relatives et extérieures, un hasard heureux, une application sociale importante d'une découverte, etc.

En somme, s'il est parfois critiquable, ce livre est intéressant à lire et évite les exagérations des thèses opposées qui luttent sur ce terrain, longtemps brûlant, de la dégénérescence.

H. Piéron.

LADAME, de Genève. — **Le régime des aliénés en Suisse** *(Données statistiques sur les sociétés suisses de secours aux aliénés).* 1 broch. 110 p., Genève, 1905. — La partie statistique est la plus considérable : les tableaux qu'elle contient montrent les résultats obtenus dans certains cantons de la Suisse par les sociétés privées de secours aux aliénés en dehors de l'asile.

L'auteur souhaite que les sociétés de secours deviennent plus nombreuses et s'entendent pour adopter un cadre uniforme.

L'étude statistique est précédée d'une conférence faite à Genève le 15 mars 1905. Dans cette conférence, L... indique comment les efforts humanitaires tendant à l'amélioration du sort matériel et moral des aliénés ont été ralentis par des préjugés philosophiques, scientifiques et populaires.

Certes, depuis la fin du XVIIIe siècle, les asiles ont été beaucoup améliorés ; mais il reste à obtenir que l'aliéné guéri et rendu à la vie sociale ne soit plus un être suspect ou un objet de raillerie. Indépendamment d'une assistance plus directe, c'est à obtenir ce résultat que doivent tendre les efforts des sociétés privées de secours. La première société fondée en Suisse est celle du canton de Saint-Gall, qui date de 1866.

JUQUELIER.

J. MOREL (de Mons). — **Désastres produits par l'alcoolisme** (Rapport du Congrès national belge contre l'alcoolisme). Liège, août 1905. — Ce sont surtout la criminalité, l'aliénation mentale ou l'arrêt de développement psychique des descendants d'alcooliques.

Le point intéressant de ce rapport nous paraît résider dans le résumé de 47 observations de criminels récidivistes ainsi répartis : 14 alcooliques et fils d'alcooliques, 13 alcooliques sans hérédité, 10 non alcooliques mais fils d'alcooliques, 10 exempts de tout éthylisme héréditaire ou acquis.

JUQUELIER.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

(Séance du 26 février 1906).

I. MM. DENY et CAMUS : *Etude nosologique et pathogénique du délire de négation. Discussion :* MM. VALLON, VIGOUROUX, ARNAUD, LAROUSSINIE. — II. MM. LWOFF et BENON : *Note sur l'emploi du véronal dans les maladies mentales.* — III. MM. J. LHERMITTE et HALBERSTADT : *Troubles mentaux dans la sclérose en plaques. Discussion :* MM. COLLIN, BRIAND, VIGOUROUX.

I

MM. DENY et Paul CAMUS : *Etude nosologique et pathogénique du délire de négation.* — MM. Deny et Paul Camus présentent deux observations de délire systématisé de négation, intéressantes surtout par leur juxtaposition et leur parallélisme. Dans l'un de ces cas, le trouble est limité à l'existence corporelle, dans l'autre, il est limité à l'existence des facultés psychiques. Les auteurs analysent les caractères de

ces délires systématisés primitifs, les distinguent nettement, par la clinique, des délires mélancoliques classiques et montrent qu'ils sont deux variétés hypocondriaques du syndrome de Cotard.

Etudiant ensuite la pathogénie de ces idées délirantes, les auteurs montrent que toutes deux (hypocondrie physique et hypocondrie morale de Guislain et Falret) ont leur origine commune dans un trouble semblable de la cénesthésie corporelle dans un cas, de la cénesthésie cérébrale dans l'autre. C'est là une cénesthésiopathie primitive, qui, portant tantôt sur les sensations somatiques et tantôt sur les sensations liées aux fonctions psychiques, n'en est pas moins un trouble central fondamental. A l'aide de ces données cliniques et de ces notions pathogéniques, MM. Deny et Camus montrent qu'il y a intérêt à grouper toutes les idées délirantes systématisées qui reconnaissent pour cause un trouble de la cénesthésie. Le terme de délire systématisé à base de troubles cénesthésiques aurait l'avantage d'assigner à ce syndrome sa véritable place dans la classification et permettrait en même temps de le distinguer des autres modalités délirantes de la paranoïa.

M. Vallon : Je ne crois pas à l'origine périphérique des idées hypocondriaques et suis en désaccord avec M. Régis sur ce point. Les intéressantes observations de MM. Deny et Camus viennent de démontrer une fois de plus, qu'il est des cas où l'examen ne met en évidence aucun trouble périphérique sur lequel on puisse se baser pour attribuer une origine périphérique au délire. Ces cas s'opposent à ceux où l'on trouve constamment, en même temps que les idées hypocondriaques, des troubles de la sensibilité périphérique ; il en est ainsi chez les hystériques, par exemple. D'autre part, je trouve très juste la distinction établie par MM. Deny et Camus entre les deux genres de délire hypocondriaque qu'ils ont décrits et dont l'un porte sur les fonctions organiques et l'autre sur les fonctions intellectuelles. Cette dernière forme appartient surtout aux sujets instruits, littérateurs, artistes, etc.

M. Vigouroux : Je considère comme très intéressantes les théories que MM. Deny et Camus viennent de nous exposer. Toutefois, je crois que, pour affirmer qu'il n'y a aucune lésion organique susceptible d'avoir, sinon produit, du moins orienté le délire, il est nécessaire d'avoir fait un examen *post mortem* et non seulement macroscopique, mais encore histologique des organes du sujet. Dans la séance du 29 mai 1905, j'ai communiqué à la Société les observations de deux hypocondriaques, dont l'un avait un cancer latent de l'estomac et l'autre un énorme lymphadénome de l'abdomen comprimant les vaisseaux et les nerfs de cette région. J'ai observé aussi un mélancolique qui présenta un délire de négation très net; ses organes, à l'examen macroscopique paraissaient sains. L'examen histologique révéla une encéphalite très marquée et une atrophie pigmentaire du foie [1]. De telles observations, qu'on trouve en assez grand nombre dans les auteurs, montrent que des lésions organiques latentes peuvent orienter le délire, sinon le provoquer. La théorie pathogénique de MM. Deny et Camus invoquant une altération des centres corticaux, siège des représentations somatiques, est très séduisante, mais il faut avouer qu'elle repose sur une hypothèse, car nous ne connaissons ni ces centres, ni la lésion qui les altère.

M. Arnaud : Dans cette question des *délires relatifs à l'organisme*, qu'il s'agisse de l'hypocondrie habituelle ou du délire de négation, que

[1] Cette observation paraîtra in-extenso dans le prochain numéro de la *Revue de Psychiatrie*.

l'on pourrait appeler une *hypocondrie renforcée*, il me semble que les observateurs sont souvent victimes d'un raisonnement logique. Pour les malades qui nient leurs organes ou leurs fonctions, comme ceux de MM. Deny et Camus, l'interprétation conforme à la logique est que les idées de négation résultent d'altérations organiques périphériques réelles. Mais, les négations qui ne visent pas un organe, qui s'adressent aux objets du monde extérieur, ne sauraient s'expliquer ainsi ; elles résultent d'un état cérébral pathologique. Il en est de même du délire hypocondriaque en général. *Cum materia* c'est un délire d'interprétations, *sine materia* c'est un délire plus ou moins systématisé. Dans les deux cas, c'est l'état mental qui fait l'hypocondrie, ce ne sont pas les lésions périphériques, lesquelles n'ont pas d'autre effet, à mon avis que de faciliter, d'accentuer l'orientation d'un délire dont la nature propre est déterminée par les tendances antérieures des malades. En définitive, je ne crois pas que le délire hypocondriaque puisse, mieux qu'un autre, s'expliquer par des troubles de la cénesthésie organique.

M. Vallon : La plupart des malades qui ont des lésions organiques ne délirent pas. On doit donc admettre que la cause du délire est dans un état particulier du cerveau. Cependant, chez certains sujets prédisposés, des idées délirantes peuvent apparaître à l'occasion d'une lésion viscérale. C'est ainsi que j'ai vu à Villejuif un mégalomane présenter, sur la fin de sa vie, un véritable *délire de possession laïque :* il avait dans le ventre Voltaire, Jean-Jacques Rousseau, Napoléon, etc., alors que se développait chez lui une tumeur abdominale qui devint énorme.

M. Vigouroux : Il est bien évident qu'un malade ne délire pas parce qu'il a un cancer de l'estomac. S'il délire c'est qu'il est prédisposé. Mais j'estime que, dans les cas que j'ai communiqués ici, l'infection tuberculeuse et l'intoxication cancéreuse ont pu être la cause de l'altération cérébrale qui a produit le délire.

M. Arnaud ne conteste pas qu'une lésion périphérique puisse orienter le délire, mais nie qu'elle puisse déterminer l'existence d'un délire hypocondriaque, même chez un prédisposé. Les hypocondriaques *cum materia* qu'il a observés étaient hypocondriaques avant le début de leur lésion. Tous avaient, avant de délirer, le tempérament hypocondriaque.

M. Pactet considère le délire hypocondriaque comme un phénomène d'ordre intellectuel, sans relation d'effet à cause avec les lésions périphériques. En admettant, comme le font MM. Deny et Camus, que les idées hypocondriaques sont liées à un trouble de la cénesthésie, à une altération des centres corticaux qui sont le siège de cette fonction, il reste à expliquer pourquoi les malades croient à la réalité des perceptions erronées qu'ils reçoivent. Beaucoup de gens ont des hallucinations et ne délirent pas, parce qu'ils ne croient pas à la réalité de leurs hallucinations. Le trouble de la sensibilité ne suffit donc pas à expliquer le délire.

M. Deny fait observer qu'il admet chez ses malades, comme chez tous les délirants, l'existence d'une constitution psychique spéciale, et qu'il considère cette notion d'une prédisposition comme dominant toute la pathologie mentale.

M. Laroussinie cite le cas d'un jeune homme qui n'avait jamais présenté le moindre trouble hypocondriaque et qui, atteint de grippe à forme gastro-intestinale, disait qu'on lui avait introduit de l'acide nitrique dans l'estomac et en était arrivé à nier, chez lui, l'existence de cet organe, détruit par le caustique. Il ne pense pas qu'on puisse dire que ce malade ait été hypocondriaque avant de délirer et que l'infection grippale n'ait pas été la cause du délire.

M. VALLON fait remarquer qu'il s'agit dans le cas de M. Laroussinie d'une infection générale et que le délire peut être considéré comme un délire infectieux.

II

MM. LWOFF et BENON communiquent une *note sur l'emploi du véronal dans les maladies mentales*. Ils ont administré ce médicament soit par la voie stomacale, en cachets ou dans des aliments (bouillon, lait, thé), et par la voie rectale, en lavements. Ils l'ont donné à la dose quotidienne de 30 centigrammes à un gramme. Ils en ont obtenu une action hypnotique dans l'insomnie simple, dans des états de dépression, et une action sédative dans plusieurs cas d'anxiété, d'agitation, d'excitation maniaque.

III

MM. J. LHERMITTE et HALBERSTADT : *Troubles mentaux dans la sclérose en plaques*. — La malade présentée à la société est atteinte d'une sclérose en plaques typique, accompagnée de troubles psychiques caractérisés par de l'affaiblissement intellectuel, de l'amnésie, une diminution de l'attention volontaire, une indifférence et un état d'euphorie très particuliers. A propos de cette malade, les auteurs discutent la nature des troubles psychiques qu'on peut observer dans la sclérose en plaques et les divisent en deux groupes : l'un formé par les modifications de l'intelligence, de l'attention, de la mémoire, une augmentation de l'émotivité, perturbation fréquemment observée ; l'autre composé de troubles exceptionnels, délire systématisé ou délire hallucinatoire. Les faits du premier groupe paraissent bien ressortir à la sclérose en plaques ; on peut les différencier des maladies associées qui sont susceptibles de venir compliquer le tableau de cette affection (hystérie, paralysie générale, etc.).

M. COLLIN croit qu'il y a chez la malade présentée une combinaison de sclérose en plaques et d'hystérie. Il ne considère pas son état comme un état démentiel. Du reste, dans beaucoup de cas de sclérose en plaques, il n'y a pas d'affaiblissement intellectuel, cependant, les malades présentent ce faciès hébété que Charcot a décrit.

M. BRIAND, qui depuis plus d'un an observe cette malade dans son service, estime que son affaiblissement intellectuel est trop marqué pour qu'on puisse la considérer autrement que comme une démente.

M. VIGOUROUX fait remarquer que l'état mental peut être très variable dans la sclérose en plaques puisque les zones de sclérose, sur l'encéphale, peuvent varier de nombre et de siège suivant les cas.

G. COLLET.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 9 novembre 1905

Tic inhibitoire du langage articulé datant de l'enfance, par MM. BALLET et TAGUET. — Jeune fille de 15 ans, père éthylique, mère nerveuse. Le trouble a commencé à 3 ou 4 ans, lorsque l'enfant a commencé à faire des petites phrases. Il s'est accentué jusqu'à 10 ans. Il consiste dans une grande difficulté à parler et à lire : les mots s'arrêtent sur les lèvres ; l'enfant sait nettement ce qu'elle veut dire, mais elle est incapable de l'articuler, ressentant, dit-elle, « comme un poids au creux de l'estomac ». Il s'agit d'un tic par vieille habitude acquise ; une rééducation systématique et progressive aura chance d'arriver à le modifier.

M. Henry Meige. — Il s'agit, non pas d'un tic, mais d'un trouble psycho-moteur ayant même pathogénie et lié à des habitudes, des obsessions et des phobies.

Origine périphérique des hallucinations des membres amputés, par MM. Souques et Poisot. — Chez six amputés d'ancienne date qui n'ont plus d'allucinations, l'excitation de la cicatrice et du moignon par un courant faradique n'a pu réveiller les hallucinations. Chez six autres amputés présentant actuellement des sensations illusoires, une injection de cocaïne sous la cicatrice a fait disparaître complètement toutes les hallucinations.

L'existence d'hallucinations psycho-motrices n'est pas en faveur de la théorie centrale, puisque l'anesthésie locale suffit à les supprimer, et que la volonté est incapable dès lors de les rappeler. Mais c'est dans le cerveau que restent emmagasinées les anciennes images tactiles, musculaires, articulaires, osseuses, etc., du membre amputé, c'est lui qui les associe et les extériorise. Il est donc l'organe essentiel des hallucinations, mais encore faut-il que l'excitation des nerfs du moignon en provoque la réviviscence ou le réveil.

L'injection de cocaïne dans la cicatrice fait disparaître les vives douleurs et les secousses convulsives de certains amputés. Il y a là un traitement à essayer dans les cas douloureux et rebelles de névralgie et de chorée des moignons chez les amputés.

Séance du 11 janvier 1906

Euphorie délirante et onirisme chez un phtisique. Double tubercule cortico-méningé frontal symétrique, par MM. Dupré et Camus. — Phtisique de 25 ans, abcès froid et gommes tuberculeuses disséminées multiples. Présente, à un moment donné, un syndrome méningé avec lymphocytose céphalo-rachidienne abondante. Les signes de méningite disparaissent au bout de quelques jours, mais la lymphocytose et l'extension du gros orteil persistent. A ce moment le malade accuse des rêves prolongés et fréquents, portant sur sa jeunesse et son adolescence. Puis, état d'euphorie continue qui persiste deux mois, jusqu'à la mort. Le malade se sent heureux, guéri, ne se plaint plus. Il vit en plein *subdélire onirique* et se figure être chez lui, occupé à son ancien métier de menuisier. Il a perdu toute notion de temps et de lieu, et incorpore à son rêve, dans une fabulation continuelle, ses voisins et ses interlocuteurs. Par des sollicitations impérieuses, on le distrait momentanément de son rêve, et il reconnaît qu'il est à l'hôpital, dans son lit, mais il retombe dans son illusionisme onirique et son euphorie délirante dès qu'on le laisse livré à lui-même.

Autopsie. Deux noyaux tuberculeux, gros comme des noisettes, superficiels et symétriques à la partie postérieure des F^2, devant les scissures de Rolando. Pie-mère, épaissie, adhère à ce niveau. Carie du rocher et abcès tuberculeux contigu sous la voûte cérébelleuse. — Dans les cellules frontales, au Nissl, fragmentation en poussière des corpuscules chromatiques. Dans la moelle, au Marchi, quelques corps granuleux dans les faisceaux pyramidaux.

Les auteurs rapprochent ce cas d'un autre publié en 1904 par eux au Congrès de Pau, et dans lequel l'euphorie délirante d'un phtisique était déterminée également par de graves altérations nécrotiques des cellules de l'écorce frontale. Le subdélire onirique avec confusion, amnésie et fabulation fantastique représente une psychopathie toxique qu'on retrouve dans le syndrome de Korsakow.

Lésions de la moelle dans la démence précoce, par MM. Klippel et

LHERMITTE. — Les lésions de la substance grise sont caractérisées par une atrophie, un état granuleux du protoplasme avec pigmentation des cellules des cornes antérieures.

Chez un dément de 29 ans, aux racines postérieures lombaires, dégénérescence avec désintégration complète de la plupart des cylindrages, fragmentation en boules des gaînes myéliniques. Dans les cordons postérieurs, à la région lombaire, zônes vasculaires moyennes sclérosées; à la région dorsale, tout le cordon de Goll atteint, à la région cervicale, atteinte de la partie interne de ce faisceau. Dans ces différentes régions, augmentation des éléments névrogliques; de plus, lacunes, points ou manquent cylindrages et névroglie.

Chez une démente de 35 ans, mêmes altérations, mais moins accusées, des cordons postérieurs; de plus, sclérose légère des cordons latéraux, ne se limitant pas au faisceau pyramidal croisé. Absence de participation des méninges au processus morbide.

Dans la moelle comme dans le cerveau, la démence précoce provoque une lésion primitive des éléments nerveux et névrogliques *à l'exclusion d'un processus vasculaire et conjonctif,* ce qui différencie ces lésions de celles de la paralysie générale.

M. DÉJERINE. — Ces faits tendent à prouver que la démence précoce relève, dans certains cas, — pour ne pas généraliser, — d'un processus infectieux ou toxique.

M. BALLET. — Il nous faut réunir de bonnes observations anatomo-pathologiques associées à de bonnes observations cliniques. Ultérieurement on verra si elles se rapportent à des cas particuliers d'une même affection ou, comme je le crois, à des affections diverses.

Amnésie rétro-antérograde générale et presque totale; délire; anesthésie considérable des diverses sensibilités chez une hystérique, par MM. DELACROIX et SOLAGER. — Etude d'une femme de 50 ans, hystérique avec délire polymorphe et hallucinations multiples. Présente une énorme amnésie rétrograde qui ne laisse rien survivre de son passé, et une énorme amnésie antérograde qui ne laisse rien acquérir. Dans le sommeil hypnotique, le délire se retrouve identique et les mêmes hallucinations y apparaissent. Cette amnésie peut s'expliquer, peut-être, à la fois par les nombreuses anasthésies que présente cette malade et par l'affaiblissement chez elle de la synthèse mentale

Séance du 1er février 1906

Note sur un cas d'amusie incomplète chez un musicien professionnel atteint également d'aphasie sensorielle très atténuée, M. NATHAN.

Compositeur, professeur de piano et de violon qui présente, à côté d'une aphasie sensorielle atténuée, des troubles du langage musical se résumant en un oubli de l'image auditive et motrice des morceaux entendus. Léger degré de surdité verbale: certains mots lui manquent lorsqu'il veut s'exprimer. Son langage musical a des trous comme son langage verbal. Il a perdu le souvenir des phrases musicales déjà entendues, comme il a perdu celui des mots usuels souvent employés devant lui.

Troubles d'élocution chez un ancien aphasique, M. LAMY.

Ce malade a eu, il y a quatre ans, un vertige suivi d'hémiparésie droite légère et de perte à peu près complète du langage articulé. Peu à peu il a reconquis tous les mots, la faculté de lire et d'écrire. Mais sa parole est restée *hâchée,* maladroite dans la prononciation des mots et le groupement des syllabes, avec défaut de coordination dans l'acte

respiratoire qui l'accompagne. C'est de la *dysarthrie* ou *dyslalie corticale*. L'intonation du langage fait encore souvent défaut chez lui.

M. Henry MEIGE. — Outre les exercices de syllabation, il est très utile de faire faire aux aphasiques des *exercices d'intonation*. La chanson du langage, intimement unie à l'articulation, peut favoriser la reconstitution de cette dernière.

Epilepsie spinale vraie et clonus de la rotule chez une hystérique anorexique ayant été atteinte d'une hémiplégie gauche actuellement guérie, par MM. DÉJERINE et NORERO.

Femme de 35 ans, nombreux stigmates d'hystérie, reflexes tendineux un peu plus forts à gauche qu'à droite. A gauche, trépidation épileptoïde du pied et de la rotule et reflexe plantaire en flexion. A droite, trépidation du pied à peine ébauchée, pas de clonus de la rotule.

M. BABINSKI. — L'hystérie n'exerce pas d'influence sur les reflexes tendineux et ne peut donner lieu à l'épilepsie spinale. Dans le cas présent, la trépidation peut être due à tout autre cause.

M. BALLET a observé un cas d'épilepsie spinale chez un neurasthénique, due à une irritation du faisceau pyramidal par voisinage d'une tumeur, mais *sans lésion* de ce faisceau.

H. DAMAYE.

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 5 février)

La trépanation rolandique et la ponction ventriculaire dans l'arriération. Note de M. O. LAURENT (de Bruxelles), présentée par M. Lannelongue.

Les arriérés lésionnels, peuvent bénéficier du traitement chirurgical préconisé dès 1890 par M. Lannelongue : La ponction ventriculaire combinée à la trépanation diminue la pression excentrique et fait apparaitre les battements du cerveau dans la méningite avec hydrocéphalie ; les deux procédés, appliqués simultanément diminuent les cris et l'agitation dans certaines méningites chroniques graves. La trépanation rolandique bilatérale a considérablement amélioré un garçon de 10 ans atteint de syndrome de Little avec athétose et tétanie généralisée. Combinée au drainage ventriculo-sous-arachnoïdien de Watson-Cheyne, elle a guéri radicalement un enfant de 15 mois atteint d'hydrocéphalie avec parésie des membres inférieurs. J.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 13 février 1906)

Maladie de ptoses et troubles mentaux. M. Fr. GLENARD, présente à l'académie ses études sur la maladie des ptoses, et remarque incidemment la bonne influence du traitement de l'entéroptose sur l'état psychopathique ou névropathique de certains malades. Ces faits déjà signalés en 1902 (*Progrès médical*) sont comparables aux résultats obtenus chez les aliénés par M. Picqué, grâce à l'intervention opératoire. J.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 31 janvier 1906)

Le chloroforme chez les aliénés. M. PICQUÉ communique le résultat de ses observations à propos de l'anesthésie chez les psychopathes.

Il a fait, à Ste-Anne, 643 chloroformisations à la compresse, et estime

que les sujets atteints de psychoses infectieuses et organiques supportent généralement bien le chloroforme s'il ne s'agit pas de cardiaques ou de seniles. Il ne faut pas diminuer la ration de morphine des morphiniques lorsqu'il est nécessaire de les anesthésier. Les alcooliques chroniques supportent habituellement bien le chloroforme.

Dans les psycho-névroses, hystérie, neurasthénie, il est nécessaire de donner de fortes doses au début de l'anesthésie, mais dès que le calme est obtenu, le chloroforme est bien toléré. J.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

(19 janvier 1906)

Psychopolynévrite chez une alcoolique tuberculeuse. M. LAIGNEL-LAVASTINE a observé chez une alcoolique tuberculeuse une polynévrite (quadriplégie flasque) avec confusion mentale et délire onirique ; à l'autopsie, pneumonie caséuse du sommet gauche ; lésions prononcées des cellules nerveuses du cerveau, des noyaux bulbaires et de la moelle, foyers hémorragiques dans les cornes antérieures de la moelle dorsale. Les nerfs des membres et les splanchniques ont les lésions habituelles des névrites périphériques.

Confusion mentale avec délire onirique par insuffisance hépatique chez une phtisique. M. LAIGNEL-LAVASTINE. Cas cliniquement comparable au précédent, mais pas de polynévrite, pas de grosses lésions corticales. Insuffisance hépatique intense.

Tumeur cérébrale, Epilepsie et troubles psychiques. — M. L. MARCHAND communique un cas d'épilepsie avec troubles mentaux survenue à l'âge de 46 ans chez un homme à l'autopsie duquel il a trouvé un fibrome du lobe frontal gauche, une méningo-encéphalite localisée aux régions voisines de la tumeur, des légions de méningite chronique dans l'hémisphère droit. J.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(9 février 1906)

Oblitération de la veine cave supérieure. MM. COMBY, A. VIGOUROUX et COLLET. Il s'agit d'un malade mort paralytique général à l'asile de Vaucluse, et chez lequel M. Comby avait diagnostiqué il y a 14 ans l'oblitération de la veine cave supérieure.

MM. Vigouroux et Collet, ayant pu faire l'autopsie de ce sujet, ont constaté la réalité de cette oblitération. Ce cas est un bel exemple de survie longue et insolite dans l'histoire de l'oblitération de la veine cave supérieure. J.

SOCIÉTÉ BELGE DE NEUROLOGIE

(25 novembre 1905)

La psychothérapie contre les tics. Mlle le Dr IOTEYKO a communiqué le 25 novembre 1905 à la société belge de neurologie une intéressante observation de tics de la face guéris par la suggestion simple.

Il s'agit d'une jeune fille de 22 ans, atteinte de nombreux tics chroniques de la face depuis l'âge de 14 ans (époque de l'apparition des premières règles). Cette jeune fille, née de parents arthritiques présente les troubles de la volonté et du caractère habituels chez les tiqueurs. Elle a été successivement débarrassée de ses habitudes vicieuses par quelques séances de suggestion simple, à l'état de veille,

au cours desquelles sa volonté inhibitrice a été progressivement éduquée par l'auteur : la guérison s'est maintenue depuis les débuts de 1904.

Rien de mystérieux dans ce traitement psychothérapique préconisé par Brissaud, et qui consiste simplement à entraîner les patients à conserver une immobilité de plus en plus prolongée.

On peut utilement combiner la psychothérapie à la rééducation motrice. L'isolement du milieu familial est en outre un excellent adjuvant à la thérapeutique suggestive. J.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

SOCIÉTÉ NEUROLOGIQUE DE NEW-YORK

(3 octobre 1905)

M. Woodman lit un travail sur la folie hystérique. De tous les cas qu'il a observés, les uns s'accompagnent de stigmates, d'autres dont les stigmates sont absents, présentent des symptômes mentaux analogues à ce qu'on observe dans l'hystérie. Les différents symtômes cités par l'auteur, à l'appui de sa thèse, sont d'une nature particulièrement vague, ce qui permet au Dr Brush de ramener la question à ses véritables proportions. En effet, le Dr Brush objecte que, si l'on considère l'hystérie comme un syndrôme qui peut s'observer plus ou moins développé dans la race humaine tout entière, il est difficile de différencier les soi-disant folies hystériques des folies véritables. Les premières représentent simplement l'exagération des phénomènes normaux, cela est hors de doute ; ne voit-on pas, du reste, des gens sains d'esprit présenter des hallucinations, des illusions, des états de rêverie automatique, etc.

L'apparition et la disparition brusque des symptômes dans ces cas de soi-disant folie hystérique, suffisent à les distinguer des cas de folie vraie. D'autant plus qu'ils ne s'accompagnent jamais de « détérioration psychique ».

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE DE BOSTON

(19 octobre 1905)

De l'emploi des femmes comme infirmières dans les quartiers d'hommes des Asiles d'Aliénés.

M. Bancroft lit un travail sur cette question. Pour lui, l'asile devrait comprendre :

1° Un quartier d'hôpital et d'observation (cas aigus et récents) ; 2° Un quartier d'infirmerie ; 3° Des quartiers de déments chroniques et tranquilles ; 4° Des quartiers de tranquilles ; 5° Des quartiers d'agités ; 6° Des quartiers de convalescents, où seraient placés également les aliénés les plus intelligents. Il préconise l'emploi des femmes comme infirmières dans les quartiers 1, 2, 3 et 6, avec des infirmiers sous leurs ordres en cas de besoin.

Une discussion très intéressante s'engage à la suite de cette communication. M. Contes rappelle que depuis 25 ans Clouston confie ses

infirmeries d'hommes à des femmes, mais il signale la différence qui sépare les aliénés des malades des hôpitaux, et se prononce en faveur d'un système mixte comprenant des infirmiers et des infirmières.

M. Lane fait remarquer l'insuffisance actuelle du personnel infirmier masculin. Si l'on emploie des femmes il faut que ce soit une augmentation pure et simple du personnel existant ; ce qui entraîne un surcroît de dépenses.

M. Mitchell rappelle qu'autrefois l'asile de Danons était bien desservi par des femmes. Il est d'avis cependant de laisser la responsabilité des services d'hommes à un homme : il suffit d'augmenter le traitement des infirmiers pour en relever le niveau.

M. Copp fait un éloge du Dr Robertson qui, à l'asile de Larbert (Ecosse), sur 700 malades en confie 250 (35 %) (hommes et femmes) à des infirmières Il s'agit de chroniques, malades affaiblis ou malades d'infirmerie. L'économie qui en a résulté lui a permis d'augmenter son personnel de veille, qui atteint comme chiffre la moitié du personnel de jour [1].

Dans un asile du district de Glascow, à Woodèlee (1.000 malades), les entrants, des deux sexes, sont reçus dans des pavillons d'observation entièrement confiés aux soins des femmes.

(Journal of nervous and mental disease, New-York, Janvier 1906).

Colin.

REVUE DES PÉRIODIQUES

PÉRIODIQUES DE LANGUE FRANÇAISE

Archives de Neurologie
(Janvier 1906.)

Bourneville et Perrin. — **Deux cas de méningo-encéphalite chronique avec cécité.** — Il s'agit des observations très complètes, avec autopsie, de deux idiotes atteintes de *méningo-encéphalite chronique simple.* La publication de faits de ce genre entièrement analysés au point de vue clinique et anatomique permettrait d'après les auteurs d'établir des divisions utiles dans le groupe imprécis de l'idiotie. Y a-t-il une différence entre cette méningo-encéphalite simple et la méningo-encéphalite de la paralysie générale, à laquelle on songe en lisant les constatations nécropsiques de B... et P...?

Dromard et Levassort. — **Dégénérescence mentale et maladie de Basedow.** — A propos d'un cas de psychose polymorphe évoluant à côté d'un syndrôme basedowien chez une femme de 51 ans, les auteurs estiment, que le plus souvent l'association du goitre exophtalmique et des troubles mentaux doit être interprétée de la façon suivante : L'intoxication goitreuse n'est pas habituellement suffisante pour expliquer l'état psychopathique ; il y a pourtant entre les deux formes morbides plus qu'une coïncidence et même plus qu'une association : goitre et psychose sont deux manifestations de la dégénérescence.

[1] Voir l'analyse de l'article du Dr Robertson paru dans le n° du *Journal of Mental Science,* de janvier 1906.

Archives générales de médecine 1906, n° 6.

P.-E. Levy. — **La cure de la neurasthénie par la rééducation psychique.** — La thérapeutique psychique que recommande M. P.-E. Levy n'est pas celle des procédés sommaires et d'allure théâtrale qui guérissent en « étonnant » les malades. Au bleu de méthylène et au miracle l'auteur préfère l'éducation patiente et rationnelle du caractère, par laquelle tout névrosé, hypéresthésique et impressionnable apprend à ramener ses sensations à leur juste valeur : les guérisons obtenues dans ces conditions peuvent être sérieuses et définitives.

Mais la psychothérapie doit se relier étroitement à la thérapeutique générale : Liebault écrivait dès 1866. « Je viens ajouter à la thérapeutique et non la détruire ».

La thérapeutique du caractère telle que la conçoit M. P.-E. Levy ne saurait être résumée en quelques formules. Elle exige du tact, et beaucoup de patience. Chaque médecin et chaque malade la font évidemment varier. Parmi les indications importantes données par l'auteur signalons deux écueils à éviter : 1° l'abus du repos absolu à cause de l'inaction complète qu'il entraine, 2° l'emploi devant les malades de termes techniques imagés (céphaliée en casque, clou hystérique, etc.), qui invitent à considérer les aspects divers d'un même mal comme autant d'affections distinctes et incurables.

Gazette des Hôpitaux
1er février 1906.

A. Mathieu et J. Ch. Roux. — **L'hystérie gastrique et ses stigmates psychiques.** — Un état de suggestibilité anormale forme la base commune des gastropathies hystériques, mais le caractère propre de l'hystérique n'est pas dans l'acceptation passive d'une idée qu'on lui impose, il est dans la malléabilité extrême de l'organisme par l'idée ainsi acceptée : L'idée de vomissement provoque des vomissements, etc.

La suggestibilité du plus grand nombre des gastropathes hystériques explique le succès de certaines médications anodines telles que l'absorption de pilules d'extrait de pissenlit prescrit en latin *(taraxacum dens léonis)* ; les badigeonnages au collodion contenant du bleu de méthylène. Il faut savoir toutefois que quelques malades sont rebelles à toute tentative de suggestion et que d'autres s'autosuggestionnant exclusivement, sont pour ainsi dire décidés à résister à toute thérapeutique.

Les auteurs font très justement remarquer l'analogie de ces autosuggestions avec les idées hypochondriaques dont elles ont la force et la résistance.

L'affaiblisement de la volonté est très manifeste chez les malades atteints de gastropathie hystérique (anorexie, vomissements) et ce symptôme rend souvent nécessaire une longue période d'isolement au début de la crise.

Accessoirement les auteurs signalent comme caractéristiques le début brusque des accidents, la terminaison par une crise convulsive de l'accès gastralgique ; et comme fréquente l'association de l'hystérie gastrique avec des troubles psychiques relevant de la dégénérescence mentale.

Progrès médical
20 janvier 1904.

Terrien. — **Les Psychopathies chez le Paysan.** — D'après M. Terrien (de Doulon-les-Nantes), l'hystérie et la neurasthénie deviennent de plus en plus fréquentes à la campagne, et voici quels sont les prin-

cipaux facteurs de ces névroses : Le paysan conçoit dans l'ivresse des enfants dégénérés chez lesquels il entretient des idées superstitieuses. Les mariages consanguins sont fréquents dans les villages, où d'autre part l'hygiène est déplorable. La contagion mentale, conséquence de la prédisposition psychopathique est assez souvent observée. La lutte pour la vie devient plus rude aux champs comme à la ville, et le paysan connait de nos jours le surmenage moral en même temps que le surmenage physique.

L'hystérie est plus fréquente que la neurasthénie. Chez les paysans hystériques les accidents convulsifs sont rares, et la suggestion thérapeutique donne de meilleurs résultats que dans la clientèle urbaine, moins crédule.

Les affections vésaniques proprement dites sont exceptionnelles : Beaucoup d'ivrognes et peu d'alcooliques. Beaucoup de dégénérés et peu de délirants. Ces derniers sont surtout des mystiques.

Quant à la paralysie générale, l'auteur pense qu'elle deviendra plus fréquente au fur et à mesure que le service militaire obligatoire diffusera la syphilis. Remarquons une fois de plus, avec le P. Joffroy, que l'infection syphilitique ne fera que s'ajouter à tous les facteurs de prédisposition sur lesquels Terrien appelle l'attention au début de son très intéressant article.

Revue de Médecine,
10 janvier 1906.

MARANDON DE MONTYEL. — **Les causes morbides prédisposantes en pathologie mentale.** — Pour créer la folie deux conditions étiologiques sont indispensables : la prédisposition et les causes occasionnelles.

La prédisposition vésanique est habituellement congénitale et même héréditaire, mais elle peut être acquise. Il est vrai que les facteurs morbides capables d'engendrer cette prédisposition sont peu nombreux, M. Marandon de Montyel en reconnait six : la fièvre typhoïde et l'impaludisme chronique (groupe infectieux) l'alcoolisme et le saturnisme chroniques (groupe toxique), le traumatisme cranien et l'insolation (groupe physique).

Ces causes pouvant développer la prédisposition à longue échéance n'agissent elles-mêmes, en tant que facteurs occasionnels que sur un terrain prédisposé.

Dans la fièvre typhoïde les délires du début ne surviennent guère que chez des prédisposés : mais la confusion de la période d'état (délire fébrile) peut se manifester sans tare psychique préalable — s'il y a prédisposition, le délire onirique hallucinatoire s'ajoute à la confusion. A partir de la convalescence les non prédisposés ont de l'obtusion intellectuelle passagère, les prédisposés sont exposés à des troubles psychiques persistants. A longue échéance le cerveau antérieurement valide et touché par le poison typhique devient lieu de moindre résistance : toutes les formes d'aliénation sont possibles (quelquefois mais rarement, la paralysie générale); sans compter l'exquise impressionnabilité à l'alcool que crée le paludisme dès ses premières atteintes, l'impaludisme chronique est capable de développer la prédisposition vésanique chez qui en est complètement dépourvu.

A propos de l'alcoolisme, l'auteur insiste plus particulièrement sur le fait que l'alcool peut à la longue, *à lui tout seul*, créer de toutes pièces la paralysie générale : il y met un certain temps, mais il y arrive. Malgré les controverses, il en serait de même du plomb, qui en outre rend le cerveau très impressionnable à l'alcool.

D'une façon générale, le traumatisme cranien et l'insolation ont une facheuse influence analogue. Il faut se garder de désigner sous le nom de folies traumatiques, les troubles psychiques qui suivent de peu le traumatisme cranien, car si ce dernier est un agent provocateur puissant il n'a toutefois d'effet immédiat que sur un cerveau prédisposé. D'ailleurs les folies dites traumatiques n'ont aucun caractère spécial.

Revue de médecine légale
Janvier 1906.

E. Dabout. — **Suicide chez un auto-accusateur alcoolique.** — M. Dabout a reconstitué l'histoire clinique d'un alcoolique, atteint de délire subaigu avec idées d'auto-accusation, et qui s'est pendu pour échapper aux conséquences judiciaires d'un assassinat imaginaire. L'auteur appelle l'attention sur la rareté du suicide en tant que conséquence du délire chez les auto-accusateurs alcooliques ; cette terminaison n'est pas signalée dans les observations de Garnier ou de Dupré (Rapport de Grenoble 1902) par exemple.

Mais les malades observés par les médecins aliénistes sont de ce fait soumis à une surveillance étroite, l'incident alcoolique subaigu est généralement bref et les idées d'auto-accusation disparaissent rapidement. Il est d'autres alcooliques qui se suicident : tel est le premier fait qu'on constate, sans pouvoir, comme l'a fait M. Dabout, reconstituer l'histoire du délire. Ainsi s'explique à notre sens la rareté des observations publiées, relatant des cas analogues à celui que signale l'auteur; car il y a entre le délire d'auto-accusation et le suicide une corrélation étroite à laquelle l'alcoolique n'échappe pas.

Bulletin de la Société de Médecine mentale de Belgique.
(Décembre 1905).

A. Marie. — **Quelques aspects de la question des aliénés coloniaux.**

Il existe un nombre important d'aliénés dans les colonies françaises où sévit l'alcoolisme ; mais il n'y a presque nulle part d'asiles bien organisés. De plus le rapatriement des malades en France s'effectue dans de mauvaises conditions.

Les colonies anglaises et hollandaises possèdent au contraire des asiles avec exploitation agricole qui donnent les meilleurs résultats.

La section de médecine et d'hygiène du Congrès colonial français do 1905 a émis les vœux suivant :

Etude d'un projet complet d'assistance des aliénés coloniaux avec création d'asiles. Direction des asiles sous la surveillance administrative par des médecins connaissant la langue indigène. Adjonction aux hôpitaux coloniaux de quartiers d'observation pour les délirants passagers. Organisation de l'expertise médico-légale. Etude de procédés meilleurs de rapatriement, etc.

La réalisation de tous ces projets serait évidemment longue et onéreuse. Mais on ne saurait trop la désirer, quand on songe que même en Algérie l'assistance des aliénés n'est imparfaitement assurée qu'à l'aide des asiles du Midi de la France.

Journal de Neurologie de Bruxelles.
(20 Janvier 1906).

De Buck et Deroubaix. — **Considérations anatomo-pathologiques sur la démence précoce.**

Voici le résumé des constatations anatomiques de De Buck et Deroubaix dans la démence précoce :

Dans les cellules corticales, la substance chromatique est atteinte la

première, puis la substance achromatique devient granuleuse et disparaît ; le noyau se déforme mais survit à la désorganisation de la cellule après toutefois que le nucléole a disparu. Les cellules ne diminuent de nombre que dans les cas de démence très avancée.

La neuroglie prolifère, les astrocytes deviennent plus nombreux : le sclérose secondaire est donc parallèle à l'altération des cellules nerveuses.

Les fibres myélinisées résistent. Dans les cas avancés, les fibres d'association disparaissent avant les fibres de projection.

Les vaisseaux sont rarement atteints : il n'y a pas d'infiltration périvasculaire.

Aux termes de démences organiques et démences vésaniques proposées par Klippel et Lhermitte, les auteurs substituent ceux de démences interstitielles, et démences parenchymateuses. La démence précoce serait une *cérébropathie parenchymateuse chronique*.

Au point de vue topographique, de B... et D... n'ont pas retrouvé les localisations en surface signalées par Klippel et Lhermitte (sauf le maximum au lobe frontal).

Mais ils attirent l'attention sur le siège électif en profondeur. Les couches cellulaires les plus profondes de l'écorce (base des grandes pyramidales et cellules polymorphes) seraient particulièrement frappées. Les différentes couches cellulaires n'ont-elles pas un rôle différent ; et l'étude de la topographie en profondeur combinée à celle de la topographie en surface, telle que l'a proposée Flechsig ne permettrait-elle pas de mieux comprendre les diverses variétés cliniques des psychoses ?

Journal de Neurologie de Bruxelles.
(6 Février 1906)

MARANDON DE MONTYEL. — **L'accommodateur dans la paralysie générale.**

On note quelquefois tout à fait au début de la paralysie générale une modification en plus des mouvements accommodateurs de l'œil. Mais cette exagération est passagère. Les mouvements accommodateurs s'affaiblissent sans être abolis à la période d'état, et contrairement à une opinion très répandue, ils sont abolis ou très affaiblis dans une période avancée de l'affection. Les altérations asymétriques de l'accommodateur sont exceptionnelles.

L'intérêt de ces conclusions résulte du fait que l'auteur a suivi pour les établir 140 cas de paralysie générale depuis une époque aussi rapprochée que possible du début jusqu'à la mort

JUQUELIER.

PÉRIODIQUES ETRANGERS

(*The Lancet*, 3 février 1906, p. 287).

La fatigue mentale des écoliers. — M. JOSEPH BELLEI, de Bologne, a repris en 1905, des expériences telles qu'il en avait faites en 1900 déjà sur le travail des écoliers, l'après-midi et le matin, et la durée des repos. En étudiant la fatigue d'après la moyenne des fautes commises dans des épreuves scolaires déterminées, il a pu, aussi bien pour les garçons que pour les filles, confirmer sa conclusion anté-

(*Voir la suite après le Bulletin bibliographique mensuel*).

rieure, à savoir que le travail accompli par les enfants durant les classes de l'après-midi est, en raison de la fatigue mentale considérable qu'elles impliquent, sans profit sérieux pour leur instruction est d'un danger réel pour leur santé.

L'âge moyen des enfants étudiés était de 11 ans, et nous en ignorons le nombre.

(*The Lancet*, 3 février 1906, p. 331.)

La question de l'immigration des aliénés en Angleterre. — On sait que la nouvelle loi anglaise sur l'immigration, interdit aux aliénés entre autres, l'entrée du Royaume-Uni.

Dans ce but, il y aura à Cardiff, Douvres, Folkeskone, Grangemouth, Harwich, Hull, Leith, Liverpool, Londres, Newhaven, Southampton, des inspecteurs médicaux chargés de la surveillance.

Cette introduction des aliénés en Grande-Bretagne ne présenterait pas d'ailleurs des dangers imaginaires. *The Lancet* affirme que, dans le seul mois de décembre 1905, il est arrivé, au port de Londres 3.315 aliénés, et, pendant le même mois 11.904 aliénés dans les différents ports ; dans l'année entière, il en serait pénétré en totalité 196.529, chiffre qui n'est certes pas négligeable.

Sur ce nombre, les deux tiers environ seraient des hommes, et un peu plus de 6 pour cent des enfants.

La Société de Psychiatrie et Neurologie de Boston. — Nous avons reçu de M. Walker Channing l'histoire, pendant les 25 ans de son existence, de la *Boston Society of Psychiatry and Neurology*, avec la liste complète par noms et par dates des communications de 1880 à 1905, qui montrent l'activité de cette Société dont les présidents ont été, depuis 1892, MM. Channing, Fischer, Putnam, Folsom, Gorton, Cowler, Jelly, Eder, Ostedman, Knapp, Bancroft, Walton, Alder, Blumes et Morton Prince.

Pieron.

The Journal of nervous and mental disease.
New-York, n° 1, janvier 1906.

Herman-C. Gordinier et H.-W. Carey. — **Deux cas de tumeurs cérébrales.** — Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 49 ans ayant présenté de l'inégalité pupillaire, du ptosis, de la surdité et de l'incoordination motrice rappelant le syndrôme cérébelleux.

Cet état s'accompagnait de maux de tête violents, d'étourdissements, de bourdonnements et de sifflements d'oreilles. On diagnostique une lésion des tubercules quadrijumaux.

A l'autopsie, on trouve à la base du cerveau une dizaine de petites tumeurs, les unes attachées à la pie-mère, d'autres pénétrant l'écorce, comprimant les lobes olfactifs, les nerfs et la commissure optiques, la 3e et la 4e paire, la protubérance et la base du lobe droit du cervelet.

La deuxième observation a trait à un enfant de 10 ans ayant présenté les symptômes de grippe et des douleurs occipitales des plus violentes. La céphalalgie se généralise plus tard et s'accompagne d'étourdissements et de gêne de la marche. Le dernier symptôme est le plus frappant : le malade marche en s'appuyant sur une chaise qu'il pousse devant lui. Il a tendance à pencher du côté droit dès qu'il se lève et qu'il se met en mouvement. Rien du côté de la sensibilité ou des organes des sens, à part un léger nystagmus. Rien du côté du cœur ou de la respiration. Mort au bout de trois mois environ.

L'autopsie révèle l'existence d'une tumeur remplissant presque complètement le 4e ventricule et dépendant du plexus choroïde. Cette

tumeur est attachée au lobe moyen du cervelet, mais n'intéresse pas le tissu cérébelleux.

L'auteur fait remarquer que, contrairement à ce qui se passe dans les tumeurs du 4e ventricule, aucun symptôme bulbaire ne s'est manifesté ; il n'y a eu ni troubles vaso-moteurs, ni manifestation du côté du cœur ou de la respiration.

COLIN.

Annali dell' Istituto psichiatrico della R. Universita di Roma. (An. 1905, vol. IV).

SANTE DE SANCTIS. — **De quelques types de mentalité inférieure.**

L'auteur se propose de déterminer les types les plus communs d'insuffisance intellectuelle et d'indiquer une méthode pour mesurer le degré de cette insuffisance.

On a eu tort, selon lui, de considérer l'idiotie, l'imbécillité et la débilité mentale comme étant trois degrés du défaut de développement de l'intelligence, et aujourd'hui la tendance générale est d'admettre une différence qualitative et non quantitative entre l'idiotie et l'imbécillité, et de considérer la débilité mentale comme un agrégat de formes cliniques très diverses.

Mais la tradition, plus puissante que les faits, continue à faire confondre sous le vocable d'idiotie, d'imbécillité et de débilité mentale des types absolument différents.

Le groupe des débilités mentales a déjà été en partie dissocié et l'on en a extrait l'idiotie, la confusion mentale et la démence.

Quoi qu'il en soit, l'auteur croit possible d'établir maintenant dans l'asthénie psychique trois types de mentalité distincts : une mentalité spéciale à l'idiot, une mentalité particulière à l'imbécile et une mentalité hébéphrénique ou mieux vésanique. Mais il admet encore d'autres types, à savoir, une mentalité propre à l'épileptique et une mentalité infantile.

Après avoir donné une description succincte de ces diverses mentalités, il s'occupe de la détermination du degré d'insuffisance intellectuelle. Il a recours, pour ce faire aux méthodes qui ont été indiquées par les différents auteurs, ou aux procédés qu'il a créés lui-même, et sur lesquels il s'étend assez longuement. Il espère que ses tentatives personnelles unies à celles de Binet, de Blin et Damaye aideront à résoudre cet important problème médico-pédagogique.

PACTET.

HUGO CERLETTI. — **Considérations sur la pathogénie de quelques psychoses toxiques, à l'occasion d'un cas de psychose chloralique.**

L'auteur rapporte l'observation d'un ecclésiastique qui, pour combattre une insomnie persistante, prenait chaque jour une dose de chloral variant de 2 à 4 grammes. Après avoir fait usage de cet hypnotique pendant une douzaine d'années, le malade commença à présenter des troubles mentaux consistant dans l'apparition d'hallucinations auditives ayant un caractère pénible, et d'idées de persécution avec tendance à une ébauche de systématisation.

Dans les derniers mois qui précédèrent l'explosion des accidents, il avait augmenté sa ration quotidienne de vin et en absorbait environ deux litres par jour. Traité pendant six semaines dans une maison de santé, il en sort complètement guéri.

Quelques mois plus tard, il recommence à faire usage du chloral et en prend jusqu'à 6 grammes par jour. Il a une rechute, avec symtômes de

même nature que ceux de la première crise délirante. Deux mois de traitement suffisent à sa guérison, et désormais il s'abstient de prendre du chloral.

Etudiant la pathogénie des troubles mentaux, la nature du terrain nerveux sur lequel ils se sont développés, mise à part, l'auteur fait observer qu'à l'origine des psychoses toxiques, il est bien rare de rencontrer l'action d'un agent unique, il en existe le plus souvent deux ou même plusieurs, et ce sont ces éléments surajoutés qui joueraient le rôle principal dans la genèse du délire. Par suite, dans le cas qu'il relate, il aurait une tendance à considérer l'alcool comme la cause déterminante des accidents, plutôt que le chloral pour lequel l'organisme avait acquis une certaine accoutumance.

La détermination précise de la part qui revient à chacune des deux substances toxiques dans la production des troubles psychiques, me paraît un problème à peu près insoluble. J'inclinerais volontiers à penser que l'examen des viscères, en particulier du foie et des reins, au moment où sont survenus les accidents, eut été plus apte à jeter un peu de lumière sur la pathogénie de la psychose.

Celle-ci différait, dans sa forme, de la description que donne généralement l'école française des psychoses toxiques: le syndrome de la confusion mentale, l'état de rêve a fait totalement défaut. C'est un cas type de délire hallucinatoire à évolution aiguë.

Le malade présentait quelques signes physiques qui pouvaient faire songer à la paralysie générale, mais l'état des facultés intellectuelles permettait d'éliminer sans hésitation ce diagnostic.

PACTET.

Revista sperimentale de Frenatria
(1905-Fasc. III, IV, p. 546).

GIACOMO PIGHINI. — **Contribution à l'étude de la démence précoce.**

Ce travail est divisé en deux parties; la première est consacrée à l'étude du pouls dans la démence précoce, la seconde à l'action d'un extrait spécial de la glande thyroïde sur la circulation et sur les échanges organiques chez les déments précoces.

L'auteur a pris le tracé sphygmographique du pouls de dix déments précoces, dont il rapporte brièvement l'observation clinique et l'examen de ces tracés le conduit à admettre que dans la démence précoce, — ou tout au moins dans les cas qu'il relate, — il existe un état d'hypertension des parois artérielles, uni le plus souvent à une diminution de la puissance contractile du muscle cardiaque.

Cette hypertension artérielle pourrait dépendre de l'irritation des nerfs, des vaisseaux ou d'une perturbation fonctionnelle du système vaso-moteur, perturbation dont la cause et le mode d'action nous échappent pour l'instant.

Ce seraient dans la sphère d'innervation du grand sympathique, des phénomènes analogues à ceux que l'on a si fréquemment l'occasion de rencontrer chez les déments précoces, tels que tétanie localisée à certains groupes musculaires, exagération des réflexes rotuliens, œdème et cyanose.

L'hypertension artérielle sera un signe physique nouveau qui viendra s'ajouter à ceux qui ont été déjà décrits dans la démence précoce et qui contribuent à donner à cette maladie son individualité.

L'opothérapie thyroïdienne a été appliquée par l'auteur au traitement de la démence précoce, et il a été amené à l'emploi de cette médica-

tion, par la constatation, dans cette maladie, de symtômes qui permettent de la considérer comme résultant d'une auto-intoxication. Il se sert d'un extrait glycériné de glandes thyroïdes dont il indique la préparation et dont il peut administrer, sans inconvénient, jusqu'à 130 ou 150 gouttes par jour. Trois malades seulement ont été soumis à l'expérimentation.

Le traitement n'a eu aucune action sur l'état mental, mais il a heureusement influencé les conditions du cœur, de la température, des fonctions trophiques et des échanges organiques qui seraient profondément altérés dans cette maladie. Il convient aussi de noter l'action antitétanique du médicament chez un malade qui présentait une contraction tétaniforme des muscles antérieurs du cou.

Malgré l'amélioration obtenue dans les trois cas en question, l'auteur ne se croit pas autorisé à affirmer que, dans la démence précoce, la catatonie, la tachycardie, l'hypothermie et l'altération des échanges organiques soient l'effet d'une lésion ou d'une insuffisance fonctionnelle de la glande thyroïde. Ses recherches anatomo-pathologiques le feraient pencher vers cette opinion, mais il est indispensable, dit-il, avant de se prononcer, d'attendre le résultat d'expériences plus nombreuses et souvent répétées.

PACTET.

Vratchebnaya Gazetta.
(1906, n° 1.)

SERGUIEVSKY. — **Le lavage de l'estomac dans le délirium tremens.**

L'auteur commence le traitement du délirium tremens par un lavage d'estomac qui débarrasse les malades de leurs mucosités gastriques, est suivi de sommeil, et diminue considérablement les phénomènes délirants.

L'inconvénient du procédé est qu'on a le plus souvent besoin de recourir à la force pour pratiquer le lavage.

JUQUELIER.

(*New-York Medical Journal*, 14 octobre 1905.)

La relation des états émotionnels excessifs et l'aliénation. — M. Théodore-H. KELLOGG a fait, au Congrès de 1905 de l'Association neurologique américaine, une communication sur le rapport des émotions fortes et de la folie. Il montre, en confondant d'ailleurs les passions sons le nom général d'émotions, qu'il y a, entre ces états, considérés comme normaux et les phénomènes d'aliénation mentale proprement dite, toutes les formes de passage, en particulier pour la colère, l'amour, la jalousie, la haine. Il n'apporte pas de faits précis mais s'appuie sur ce que, dans des états émotionnels excessifs, on arrive à commettre des actes dont on n'est pas considéré comme vraiment responsable, ce qui implique une aliénation au moins passagère.

D'autres auteurs font d'ailleurs de la passion, qui, au fond, est toujours en jeu dans ces cas, un trouble mental caractérisé.

PIERON.

NOUVELLES

Concours des médecins-adjoints. — Le jury est composé de MM. DROUINEAU, président, JOFFROY, MAIRET, REGIS, M. DUBUISSON, GIRAUD, SIZARET, juges, ANTHEAUME, juge suppléant.

L'Etude de la médecine mentale et la réforme des études médicales. — La nécessité, pour les étudiants en médecine d'étudier d'un peu près les spécialités, apparait avec une évidence qui parvient enfin à se faire jour au cours des discussions ouvertes sur la question de la réforme des études médicales[1].

A ce point de vue, nous nous faisons un plaisir de citer, au cours de l'intéressant discours qu'il a prononcé à la Chambre, à propos du budget de l'instruction publique, cette phrase significative d'un député, M. FÉLIX MAROT.

« L'étudiant ne quittera pas l'école, même avec cette seule éducation élémentaire, sans avoir acquis quelques notions précises de quelques spécialités, un peu étrangères à l'hôpital, mais pourtant très nécessaires dans la pratique : dans une Morgue un peu mieux dotée, un peu moins honteuse que celle de Paris, quelques notions de cette médecine légale dont les applications pénales et civiles sont parfois si graves ; *quelques notions aussi de cette médecine mentale si complètement ignorée aujourd'hui*, ce qui n'empêche pas certains médecins d'avoir l'asile d'aliénés d'autant plus facile que leur influence le leur ouvre souvent un peu trop largement; quelques notions enfin de médecine sociale aux multiples applications de plus en plus en plus étendues. »

Lutte contre l'alcoolisme. — L'augmentation croissante de la consommation de l'alcool dans le Finistère compromet sérieusement la santé publique dans ce département, en particulier dans le sens très évident de l'aliénation mentale. Aussi, le 1er septembre 1905, et sur la proposition du Dr LAGRIFFE, médecin des asiles, la commission sanitaire de l'arrondissement de Quimper a-t-elle émis le vœu : « Que la loi du 23 janvier 1873 sur l'ivresse publique soit rigoureusement appliquée », et que les municipalités s'efforcent de restreindre à l'avenir le nombre des débits de boisson.

L'asile des aliénés criminels de Gaillon ne sera pas créé. — La commission du budget de 1906, tenant compte des arguments que le ministre des finances avait fait valoir lors de la discussion du précédent budget, a proposé de remettre purement et simplement l'établissement de Gaillon à l'administration des domaines. La Chambre a donc décidé de répartir dans les asiles ordinaires les pensionnaires actuellement hospitalisés à Gaillon sous la garde de l'autorité pénitentiaire.

M. Dubief, ministre de l'intérieur, ancien médecin des asiles, n'abandonne pas pour cela le projet d'organisation d'asiles spéciaux. « Mais en attendant la réforme complète que nous promet M. Dubief, nous regrettons de voir définitivement abandonnée la solution d'attente que constituait la tranformation de Gaillon ». (*Semaine médicale*, supplément au n° du 31 janvier 1906.

[1] La Commission de réforme des Etudes médicales vient en effet d'admettre la nécessité d'un stage d'un mois pour tous les étudiants en médecine dans les services des maladies mentales et d'un mois également dans ceux des maladies nerveuses.

Maison de santé de Ville-Evrard. — Le conseil général de la Seine a ouvert un crédit nécessaire à la construction de deux pavillons de traitement à la maison de santé de Ville-Evrard.

Le Flambeau. — Tel est le titre du journal hebdomadaire rédigé et publié depuis 5 ans à l'asile de Saint-Lizier (Ariège). *Le Flambeau* donc, ayant jugé, par l'organe de son rédacteur en chef, qu'il a exercé jusqu'à présent une action bienfaisante mais tout intérieure, veut étendre son cercle d'influence. Il fera connaître aux habitants de l'asile le monde extérieur tel qu'il est, et donnera à l'opinion publique une idée exacte de la vie de l'asile. *Une longue pratique de la vie de l'asile* a montré au rédacteur en chef que malgré les meilleures intentions, les campagnes retentissantes de la presse en faveur de tel ou tel sequestré sont souvent dirigées à faux : *Le Flambeau* combattra et rectifiera les erreurs. Il défendra au besoin les aliénistes contre les tentatives faites pour *soulever l'opinion vague, sans base positive des foules distraites, impressives et incompétentes.* Les plaidoyers du *Flambeau* en faveur du corps médical des asiles ne sauront évidemment être suspectés.

Inauguration du buste de Liébeault. — M. Voisin, médecin de la Salpêtrière a présidé le 1er février l'inauguration du buste de Liébeault à l'Ecole de Psychologie de la rue Saint-André-des-Arts.

Exposition internationale de Liège (1905). — Ministère de l'Intérieur, diplômé du Grand Prix, en participation :

Maison nationale de Charenton; Asile d'aliénés de Bailleul (Nord); Armentières (Nord); Saint-Yon et Quatre-Mares (Seine-Inférieure); Auxerre (Yonne).

Université d'Iéna. — M. Hans Berger est nommé professeur extraordinaire de médecine mentale à l'université d'Iéna.

Personnel des Asiles d'aliénés. — *Mouvement de février.* — M. le Dr Masselon, médecin-adjoint à Clermont (Oise), nommé à la 1re classe du cadre.

M. le Dr Alombert-Goget, médecin en chef non installé à Saint-Ylie, est nommé médecin-chef à Marseille, en remplacement du Dr Journiac, maintenu à Saint-Ylie (Jura).

M. le Dr Ramadier, directeur-médecin à Rodez, est nommé directeur-médecin à Blois, en remplacement du Dr Doutrebente, retraité.

M. le Dr Dezwarte, medecin-adjoint à la Roche-Gandon (Mayenne), nommé médecin-adjoint à Evreux (Eure), en remplacement du Dr Leroy, nommé médecin-adjoint à Ville-Evrard (Seine-et-Oise).

M. le Dr Pasturel, médecin-adjoint à Saint-Dizier (Haute-Marne), nommé adjoint à Naugeat (Haute-Vienne), en remplacement du Dr Fenayrou, nommé médecin en chef à Aix (Bouches-du-Rhône).

M. le Dr Blin, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Vaucluse (Seine-et-Oise), porté à la classe exceptionnelle du cadre.

M. le Dr Vigouroux, médecin en chef à l'asile d'aliénés de Vaucluse, porté à la 1re classe du cadre.

Internat en pharmacie des asiles de la Seine : ont été nommés au dernier concours, internes titulaires : MM. Fabrègue et Le Maître ; internes provisoires : MM. Pagenel et Mottay.

Le gérant : A. Coueslant.

PARIS & CAHORS, IMPRIMERIE A. COUESLANT (27-III-06)

REVUE CRITIQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES LÉSIONS CÉRÉBRALES CHEZ LES ALIÉNÉS

Par L. MARCHAND
Médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Blois

Les méthodes histologiques du système nerveux ont été perfectionnées à un tel point qu'actuellement les cas de folie sans lésions n'existent plus. Si ce premier point est bien établi et adopté sans conteste par les auteurs, il n'en est plus de même quand il s'agit de préciser la lésion qui a déterminé le trouble mental. Les uns considèrent comme lésions surajoutées celles que l'on rencontre, d'autres considèrent celles-ci comme banales.

Les divergences des auteurs tiennent à plusieurs causes : on est toujours trop enclin à vouloir établir une théorie sur des faits qui sont loin d'être complets, à laisser de côté les cas qui ne s'accordent pas avec la théorie plus ou moins personnelle que l'on soutient, à vouloir isoler les troubles mentaux des maladies cérébrales connues, à ne pas établir un parallèle entre les lésions cérébrales des aliénés et les lésions cérébrales qui surviennent dans le jeune âge et qui se traduisent par l'idiotie ou l'imbécillité. Il est nécessaire enfin, quand on fait des recherches sur une question encore remplie d'obscurité, de ne pas faire table rase de tout ce que les auteurs anciens ont pu écrire sur le sujet et, si les faits ne s'accordent pas avec les idées du jour, on doit dire pourquoi. Aussi, pour ne pas commettre cette faute, nous avons parcouru la plupart des traités de médecine mentale et nous avons tenu à relever ce que les auteurs anciens, qui n'avaient pas à leur disposition les méthodes histologiques actuelles, trouvaient à l'autopsie de leurs malades.

La méthode anatomo-clinique est la seule qui puisse jeter quelque lumière sur la question des lésions cérébrales des aliénés. C'est cette méthode qui a permis à Charcot et ses élèves de préciser des faits qui restent aujourd'hui acquis à la science neurologique. Les faits bien établis restent, les théories passent. Mettre d'un côté les antécédents héréditaires du malade, une observation détaillée et complète des antécédents personnels du sujet, l'examen mental et somatique de l'aliéné pendant toute la durée de sa maladie qui souvent dure de nombreuses années, de l'autre côté les lésions macroscopiques et microscopiques du système nerveux, telle est la méthode qui paraît si simple, si logique et qui est si rarement suivie.

L'histologie met aujourd'hui à la disposition de l'anatomo-pathologiste des méthodes de coloration très délicates et très longues, mais qui donnent des résultats surprenants. Aucune de ces méthodes ne doit être négligée et ce n'est qu'après l'examen des différentes coupes prélevées en de nombreuses régions du cerveau, qu'on peut dire que tels ou tels éléments sont lésés. Dans une communication récente, à la Société anatomique[1], nous avons montré des lésions de la névroglie que les méthodes de coloration au picro-carmin et au Van Gieson ne permettaient pas de voir et ces lésions paraissaient grossières avec la méthode élective que nous avons employée.

Une autre cause qui jette l'obscurité dans la question de l'anatomie pathologique en aliénation mentale, c'est qu'il n'y a pas de maladies mentales, il n'y a que des syndrômes mentaux. Ce point est important à relever, car c'est souvent de la facilité avec laquelle on jette une étiquette sur un syndrome mental que l'on arrive à croire à une entité morbide.

Il ne faut pas oublier, enfin, que le cerveau est un organe particulier qui diffère au point de vue de son développement des autres organes. Toute lésion toxique ou inflammatoire du cerveau survenant dans le jeune âge de l'individu peut guérir, mais elle déterminera ou un arrêt de développement plus ou moins accentué ou une mauvaise nutrition des cellules psychiques qui, beaucoup plus tard, pourront s'altérer et donner lieu à des troubles mentaux. Ces séquelles commencent à être bien étudiées aujourd'hui[2].

Les principales maladies cérébrales que l'on rencontre chez les aliénés sont les suivantes :

Méningite chronique (méningo-corticalite).
Meningo encéphalite chronique ou subaiguë.
Encéphalite.
Vascularite cérébrale.
Athéromasie cérébrale.
Scléroses cérébrales.
Tumeurs cérébrales.

Ajoutons à cette énumération la *cérébro-cellulite*, appellation nouvelle pour désigner une maladie cérébrale caractérisée par la lésion primitive et unique de la cellule psychique et nous aurons nommé toutes les maladies cérébrales qui s'accompa-

[1] L. Marchand. Epilepsie et troubles mentaux par tumeur cérébrale et méningo-encéphalite. — *Soc. anat., 19 janvier 1906.*

[2] *Voir* V. Courtellemont. Contribution à l'étude des accidents nerveux consécutifs aux meningites aiguës simples. — *Thèse de Paris, 1904.*

Chailly. Sequelles nerveuses de la méningite-cérébro-spinale épidermique. — *Thèse de Lyon, 1905.*

gnent souvent de troubles mentaux ou plutôt nous aurons désigné les maladies cérébrales que l'on rencontre à l'autopsie des aliénés.

Les propositions suivantes peuvent être émises dès maintenant :

1° La même maladie cérébrale survenant chez des sujets de même âge peut donner lieu à des syndrômes mentaux différents. Survenant chez des sujets d'âge différent, la même maladie cérébrale donne lieu à des syndrômes mentaux totalement différents;

2° Des maladies cérébrales différentes peuvent donner lieu à des syndrômes mentaux identiques.

Comme explication de la première proposition, prenons, par exemple, une maladie cérébrale bien définie au point de vue symptomatologique et anatomique : la méningo-encéphalite subaiguë (paralysie générale progressive). Dans cette maladie, on peut rencontrer les syndrômes mentaux les plus variés et tel malade, considéré d'abord comme un mélancolique ou un maniaque, sera reconnu plus tard comme atteint de paralysie générale, quand les troubles somatiques et la démence se seront accentués. Mais les troubles somatiques sont du domaine de la neurologie et il est impossible de faire le diagnostic de la méningo-encéphalite diffuse sans s'appuyer sur ceux-ci. C'est par des symptômes appartenant à la neurologie que l'on fait le diagnostic de la paralysie générale. Prenons maintenant un autre exemple : combien nombreux et différents sont les symptômes mentaux qui peuvent apparaître chez les sujets atteints d'athéromasie cérébrale ; là, encore, ce sont les symptômes somatiques moteurs ou sensitifs et non les troubles mentaux qui permettront le diagnostic de la maladie cérébrale.

Donc, la même maladie cérébrale, survenant chez des sujets de même âge, peut donner lieu à des symptômes mentaux différents. Si la même maladie survient chez des sujets d'âge différent, elle donnera lieu à des symdromes totalement différents. La méningo-encéphalite diffuse déterminera chez l'enfant le syndrôme idiotie, chez l'adulte les différents symptômes mentaux qui accompagnent la paralysie générale.

Les exemples qui montrent que des maladies cérébrales différentes peuvent donner lieu à des syndrômes mentaux identiques sont des plus nombreux. Les tumeurs cérébrales, la méningo-encéphalite diffuse, l'atheromasie cérébrale peuvent provoquer un affaiblissement intellectuel, des idées délirantes présentant des caractères identiques au point que souvent le diagnostic est très difficile entre ces diverses maladies. L'intoxication alcoolique subaïgue (maladie cérébrale

considérée comme portant primitivement sur les cellules psychiques) peut nous donner un autre exemple. Quel est le clinicien qui n'a pas été souvent embarrassé pour dire si un sujet, atteint d'alcoolisme subaigu (cérébro-cellulite), n'était pas au début d'une paralysie générale ; seule, l'évolution de la maladie a permis le diagnostic. Ainsi, les mêmes syndrômes mentaux peuvent se rencontrer au cours de maladies cérébrales différentes. On rencontre par exemple des confusions mentales chroniques (démence précoce et démence vésanique) par méningite chronique, des confusions mentales chroniques par cérébro-cellulite, des confusions mentales chroniques par encéphalite, des confusions mentales par vascularite, des démences précoces par méningo-encéphalite [1] (paralysie générale juvénile); enfin il y a des démences séniles par athéromasie cérébrale, des démences séniles par méningo-encéphalite (paralysie générale tardive), des démences séniles par cérébro-cellulite, etc. Toutes les maladies cérébrales survenant de la naissance à l'adolescence détermineront, suivant l'intensité et la diffusion des lésions, l'idiotie, l'imbécillité, la débilité mentale. On arrive ainsi à avoir des idioties par méningite chronique, par méningo-encéphalite, par scléroses cérébrales primitives ou secondaires à des foyers de vascularite, d'encéphalite etc. (porencéphalie vraie, pseudo-porencéphalie). Ce sont les termes mêmes employés par M. Bourneville dans sa classification des idioties.

***

De toutes les maladies cérébrales que nous avons énumérées plus haut, nous ne traiterons que de la méningite chronique et de la cérébro-cellulite. La méningo-encéphalite chronique ou subaiguë, l'encéphalite, la vascularite cérébrale et l'athéromasie cérébrale, les scléroses cérébrales, les tumeurs cérébrales sont bien étudiées et leur rôle dans la production de la folie est admis par tous les auteurs.

***

1° *De la méningite chronique (méningo-corticalite).* — A l'état normal, la pie-mère cérébrale recouverte de sa couche de cellules plates, formant le feuillet interne de l'arachnoïde, est transparente, d'une épaisseur régulière et n'adhère pas au cortex sous-jacent. Griesinger [2] s'exprime ainsi : « A l'état normal, la pie-mère et l'arachnoïde sont minces et transparentes ; observe-t-

[1] E. Toulouse et L. Marchand. — Démence précoce par paralysie générale. *Revue de Psychiatrie*, janv. 1901.

[2] W. Griesinger. — Traité des maladies mentales. Trad. par Doumic. — Paris 1865, p. 23 et 24.

on un certain degré d'opacité dans ces membranes sur le trajet du sinus longitudinal et des gros vaisseaux, ce fait n'a pas une grande importance, s'il s'agit d'un adulte ou d'un vieillard ; il n'en est plus de même si le sujet est jeune, l'opacité des membranes est l'indice qu'il y a eu là antérieurement une hyperhémie prolongée.... Quand le cerveau est sain et qu'il n'y a pas longtemps qu'il est retiré du crâne, les membranes se détachent facilement de la surface sans emporter avec elles des portions de substance cérébrale, si ce n'est de petits flocons minces et isolés ; le contraire a lieu quand le cerveau est malade. »

Dans le livre plus récent de M. le professeur Letulle[1], on lit : « Lorsque la substance corticale est normale, la pie-mère se décolle sans peine et l'usage des pinces devient inutile à la face externe du cortex. » Ces données sont exactes. Nous ajouterons seulement qu'il y a lieu de ne pas confondre l'opacité de la dure-mère et son épaisissement le long du bord supérieur des hémisphères dus au développement des granulations de Pacchioni avec les lésions de la méningite chronique. La localisation spéciale de ces végétations, leur aspect histologique particulier, l'absence d'adhérence du tissu méningé avec le cortex permettent de ne pas les prendre pour des formations pathologiques.

Nous considérons comme atteintes de lésions chroniques les méninges molles (pie-mère et feuillet viscéral de l'arachnoïde) qui sont épaisses, opaques, adhérentes au cortex. Nous pouvons conclure d'après les autopsies de plus de 400 aliénés que ces lésions sont fréquentes chez les aliénés chroniques et que l'on peut étudier leur mode d'apparition chez les sujets devenus idiots à la suite de méningite aiguë, chez les sujets devenus aliénés à la suite d'un traumatisme cranien avec plaque de méningite chronique développée au niveau de la lésion osseuse. De plus, d'après des recherches spéciales faites sur les cerveaux de vieillards n'ayant présenté aucun trouble nerveux ou mental, nous pouvons ajouter que les lésions des méninges décrites ci-dessus n'existent pas à l'état normal dans la vieillesse.

Les anciens anatomo-pathologistes avaient remarqué ces lésions et ils étaient loin de les considérer comme banales ou comme n'ayant aucun rapport avec l'aliénation mentale. Ils n'avaient pas cependant les méthodes histologiques actuelles pour observer les lésions corticales sous jacentes aux lésions des méninges molles (méningo-corticalite) ; quelques-uns cependant les avaient pressenties. Pour beaucoup de ces auteurs, l'arachnoïde est confondue avec la pie-mère et sous le nom d'arachnoïdite, ils entendent la lésion de l'arachnoïde et de la

[1] LETULLE. — La pratique des autopsies. — Naud. Ed. 1903, p. 414.

pie-mère intimement soudées normalement. D'autres anatomistes désignent les lésions de la méningite chronique sous le nom de méningo-encéphalite, voulant justement indiquer la participation du cortex aux lésions. Cette désignation a l'inconvénient de confondre la méningite chronique avec la méningo-encéphalite diffuse (paralysie générale). Pour éviter cet inconvénient, nous appelons méningo-corticalite la méningite chronique. Dans la méningite chronique ce ne sont que les couches les plus superficielles du cortex qui sont atteintes contrairement au processus de la méningo-encéphalite qui lèse le cortex tout entier.

Georget[1], en 1821, dit qu'il ne faut pas considérer les lésions de l'arachnoïde comme fréquentes : « Dans la plupart de ces prétendues arachnitis, la suppuration a lieu du côté de la pie-mère et du cerveau ; la pie-mère est gorgée de sang, adhérente au cerveau, tandis que la surface libre de l'arachnoïde est à peu près saine ou légèrement injectée, recouverte de quelques flocons albumineux. »

Lallemand[2] ajoutait une grosse importance aux lésions des méninges molles par leur retentissement sur le cerveau : « Ne croyez pas pour cela, dit-il, que je regarde l'arachnoïde comme le siège du délire ; tout symptôme est l'altération d'une fonction et ne peut être produit que par l'organe qui exécute cette fonction ; mais je vous ai déjà dit que les affections de l'arachnoïde influaient sur les fonctions du cerveau, de la même manière que les affections de la plèvre influent sur les fonctions du poumon. Il est impossible que l'arachnoïde soit enflammée, sans que la surface du cerveau, qui est en contact avec elle, en soit affectée ; mais son tissu n'en étant point altéré, il résulte seulement de ce voisinage de l'exaltation, du trouble dans son action... Je ne peux trop le répéter ; jusqu'à présent on n'a pas attaché assez d'importance aux altérations de l'arachnoïde ; on n'a pas assez tenu compte de son épaississement, de son opacité, des granulations développées à sa surface. »

Aubanel[3], Parchappe[4], Calmeil[5] arrivent aux mêmes conclusions. Morel[6] adopte également l'opinion de Guislain[7]. « Nous

[1] Georget, *Physiologie du système nerveux*, V. 2, 1821, p. 237.
[2] F. Lallemand, *Recherches anatomico-pathologique sur l'encephale*. T. I, Paris 1830, p. 246.
[3] Aubanel. Des fausses membranes de l'arachnoïde et principalement de leur mode de formation chez les aliénés. 1re Série, vol. 2, 1843, p. 55.
[4] Parchappe. Traité théorique de la folie, documents nécropsiques. *Ann. méd. psych.*, s. 1, vol. 2, 1843, p. 140.
[5] Calmeil. *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*. Paris, 1859.
[6] Morel. *Etudes cliniques. Traité théorique et pratique des maladies mentales*, t. II, p. 505, 1853.
[7] Guislain. *Leçons orales sur les phrenopathies*, t. I, p. 445.

partageons encore l'opinion de ce savant médecin (Guislain) dans les conclusions suivantes à propos des lésions que l'on trouve presque invariablement chez les mélancoliques, les maniaques et les déments, lorsque leur affection se prolonge au-delà du terme ordinaire des guérisons dans ces maladies. On trouve alors chez le mélancolique une opacité de l'arachnoïde, une hyperhémie de la pie-mère et le plus souvent une collection séreuse intra-membranaire... Nous ne parlons ici que des lésions que l'on trouve chez les maniaques dont la maladie, après avoir duré quelques mois, dit M. Guislain, passe insensiblement à l'état d'affaiblissement intellectuel. Si le malade meurt dans ces circonstances, on ne trouve guère en même temps que l'hyperhémie cérébrale, l'opacité de l'arachnoïde... Si les symptômes de la maladie vont en diminuant et que ceux de la démence augmentent, on peut, pour ainsi dire, assurer qu'il s'est opéré un travail morbide organique... Le plus souvent on constate alors la congestion de la substance corticale, la congestion de la pie-mère, l'épaississement de l'arachnoïde, rarement le ramollissement. »

Buchez [1] rappelant les anciennes doctrines sur les éléments pathogéniques de la folie, ajoute : « Il y a trente ans, messieurs, j'ai besoin de vous le rappeler, on expliquait facilement la pathogénie de la folie. On appliquait à l'observation mentale la théorie des affections aiguës de l'encéphale, c'est-à-dire la théorie de l'inflammation. On n'établissait pas d'autre différence que celle de l'état aigu à l'état chronique. Aussi la folie était attribuée à une irritation chronique du cerveau, tantôt à une méningite chronique, tantôt à une hyperhémie de la pulpe, tantôt à un épaississement de la dure-mère, etc. »

Dans une thèse importante, Caillot [2], sous le nom de méningo-périencéphalite, décrit la méningite chronique telle que nous la comprenons aujourd'hui. Il entend sous cette désignation une inflammation chronique et adhésive des méninges et de la surface corticale du cerveau ; elle complique fréquemment la paralysie générale, mais elle peut se présenter comme une forme primitive et isolée. Elle constitue, d'après lui, une entité morbide spéciale qui doit occuper sa place dans le cadre nosologique. L'auteur s'étend ensuite sur les symptômes cliniques de cette affection et établit le diagnostic avec la paralysie générale.

Griesinger [3], étudiant les lésions cortico-méningées, montre

[1] Buchez. Etudes sur les éléments pathogéniques de la folie. *Ann. Méd. psych.* (2e série), vol. 6, 1854, p. 191.

[2] E.-A. Caillot. Observations de méningo-périencéphalite chronique et primitive ; considérations sur cette affection. *Thèse de Strasbourg*, 1864.

[3] W. Griesinger. *Traité des malad. ment.* Trad. par Doumic, Paris, 1865, p. 492.

que l'atrophie commence et prédomine dans la partie du cortex seule en contact avec la pie-mère, c'est-à-dire dans les couches les plus superficielles du cortex : « C'est toujours, dit-il, la couche la plus superficielle qui s'atrophie et se durcit la première et qui adhère sous forme d'une membrane dense et calleuse à la pie-mère qui présente elle-même la densité du tissu tendineux ». Schnel [1] arrive aux mêmes conclusions.

Clouston, qui a étudié d'une façon toute particulière les fausses membranes méningées, les considère comme secondaires à l'état inflammatoire de la substance cérébrale. D'après lui, on les trouve dans 14 °/₀ des aliénés, chez les paralytiques généraux, chez quelques épileptiques, maniaques, déments séniles et organiques. On les trouve généralement au vertex et elles vont comme aspect de la simple opacité au rouge sanguin.

Gintrac [2] étudiant la méningite aiguë et la méningite chronique de la convexité du cerveau leur donne les modalités suivantes. C'est une phlegmasie manifestée : 1° par l'injection, l'opacité, l'épaississement des méninges ou par des adhérences ; 2° par une exsudation séreuse ; 3° gélatiniforme ; 4° par la formation de pus ; 5° par la production des néomembranes.

Hammond [3], faisant une étude complète de la méningite cérébrale chronique, divise les différents cas qu'il a observés en méningite de la convexité et méningite de la base. Il décrit chacun des symptômes particuliers à ces deux formes. La méningite de la base est rare. Quant à la méningite de la convexité, il lui trouve les caractères anatomo-pathologiques suivants : « La turgescence des vaisseaux et les néoformations conjonctives faisant adhérer l'une à l'autre les membranes du cerveau qui deviennent opaques et plus épaisses qu'à l'état normal. » Montrant ensuite les rapports de causalité entre ces lésions et les troubles mentaux, il ajoute : « Un premier fait peut déjà être considéré comme établi, c'est le suivant : les altérations pathologiques se rencontrent de préférence dans les méninges et dans la substance corticale du cerveau ; ces lésions sont le résultat d'un processus congestif ou phlegmasique. Ainsi, on constate l'épaississement et l'opacité des méninges, leur adhérence avec la substance cérébrale, des épanchements de sérosité dans les cavités arachnoïdiennes ou ventriculaires, enfin un

[1] Schnel. La méningite chronique et la périencéphalite diffuse. *Thèse de Strasbourg*, 1867-1868, n° 48.

[2] Gintrac. *Cours théorique et clinique de pathologie interne et de thérapie médicale*, t. VII, p. 660. Cité par Hammond, *Traité des mal. du syst. nerveux*, 1879, p. 234.

[3] W. Hammond. *Traité des maladies du système nerveux*. Trad. franç. par Labadie-Lagrave, 1879, p. 227, 234, 391.

ramollissement plus ou moins étendu de la substance corticale du cerveau. »

D'après nos recherches sur les lésions des cerveaux des aliénés, les adhérences de la pie-mère avec le cortex sont le résultat ou d'une ancienne inflammation aiguë des méninges avec retentissement sur le cortex ou d'une lésion chronique d'emblée des méninges. Il est intéressant de relever les différentes appréciations des auteurs sur leur fréquence chez les aliénés. Nous avons relevé plus haut que Clouston les avait rencontrés dans 14 °/₀ des cas. W. G. Balfour sur 700 cas a trouvé 200 fois des opacités de l'arachnoïde et 63 fois des adhérences de la pie-mère ou cortex. Dans une séance de la Société médico-psychologique[1], MM. Magnan, Billod et Doutrebente ont donné aussi leur avis : « Je suis surpris, ajoute M. Magnan, d'entendre dire que les adhérences des méninges soient chose commune chez les aliénés. Depuis plus de vingt ans que je fais des autopsies, en dehors des alcooliques chroniques, des méningitiques et des paralytiques généraux, je n'en ai jamais rencontré. » M. Billod demande alors à M. Magnan si, en dehors des cas d'autopsie d'alcooliques, paralytiques, méningitiques, il a fait beaucoup d'autopsies. M. Magnan dit avoir fait des autopsies de délire aigu. Dans ce cas, M. Billod a trouvé des adhérences. Pour M. Doutrebente, les adhérences sont normales chez les dégénérés, les idiots, les aliénés morts de délire aigu. Pour Ball[2], « la pie-mère peut offrir de l'épaississement, des taches laiteuses et des adhérences chroniques, mais ces lésions sont un peu banales et n'ont aucun rapport direct avec l'aliénation mentale. » Robertson [3] les attribue pour la plupart à des anomalies de nutrition.

Avec l'école de Charcot, la méthode anatomo-clinique entre dans une voie nouvelle et le microscope permet de préciser davantage les lésions méningées et leur rapport avec le tissu cérébral sous-jacent. M. le Professeur Raymond [4] montre combien ces lésions peuvent être importantes et précise les lésions médullaires en rapport avec les lésions du tissu conjonctif. Il étudie avec un soin tout particulier les leptoméningites aigües ou chroniques ; il entrevoit l'importance que ces lésions peuvent acquérir dans le développement des scléroses médullaires. Ces recherches sur les lésions médullaires sont complétées par des considérations sur les lésions des aliénés et

[1] *Soc. méd. psych.*, 27 décembre 1880.
[2] Ball. *Leçons sur les maladies mentales*, 1er fasc. Asselin Ed., 1881, p. 199.
[3] Robertson. Sur la pathologie et la lactescence et de l'épaississement de la pie-mère et de l'arachnoïde chez les aliénés. *The Journ. of. Mental Science*, oct. 1895.
[4] F. Raymond. — Anatomie pathologique du système nerveux. Paris 1886.

M. Raymond montre le rôle des encéphalites superficielles dans le développement de la paralysie générale, des délires chroniques, des scléroses diffuses, de l'idiotie congénitale, des lésions ultimes de l'épilepsie. M. le Professeur Pierret [1] dont les idées ont été exposées dans plusieurs thèses de ses élèves, attache une grande importance aux lésions corticales déterminées par les méningites, et les paroles suivantes résument l'opinion de cet auteur :

« On oublie trop, quand on étudie dans le système nerveux central les processsus inflammatoires d'origine infectieuse, que la localisation anatomique de ces affections n'est pas dans les cavités arachnoïdiennes proprement dites, mais bien dans les espaces sous-arachnoïdiens, c'est-à-dire dans l'intimité de ce qu'on appelle la pie-mère. Or, les recherches anciennes de His, de Robin, de Lépine, complétées plus récemment par celles d'Axel Key et Retzius, ont montré que les espaces sous-arachnoïdiens (pie-mériens en fait) communiquent largement avec les gaines lymphatiques périvasculaires, qui jouent nécessairement un rôle capital dans la propagation des agents pathogènes; les colonies microbiennes s'installent, en effet, volontiers dans ces gaines périvasculaires. Et comme celles-ci, par l'intermédiaire des tractus névrogliques entourant les petits vaisseaux sont en relation avec l'espace d'Obersteiner qui environne chaque cellule nerveuse, on voit que tout processus qualifié de méningite est en réalité accompagné d'encéphalite ou de myélite. Si, de plus, on tient compte de ce fait que les processus inflammatoires infectieux dépendent non seulement de l'action irritante des agents pathogénes organisés, mais encore et surtout des poisons auxquels ceux-ci donnent naissance, on est convaincu que les méningites infectieuses et ce que l'on appelle bien imprudemment le méningisme, ne sont que des méningo-encéphalites toxiques définitives ou avortées. Dans le premier cas, les toxiques faussent définitivement le dynamisme des neurones qui peuvent devenir ainsi la proie des phagocytes; dans le second, le trouble toxique ayant été de peu de durée ou rendu impuissant par une antitoxine, les neurones et les tubes qui en dépendent sortent victorieux de la lutte et reviennent à l'état normal. »

Ainsi, la méningite chronique a été étudiée macroscopiquement et microscopiquement, et les lésions du cerveau, concomitantes de la lésion méningée ou secondaires à celles-ci, ont été entrevues d'abord par plusieurs auteurs anciens et déter-

[1] Pierret. — *Congrès des méd. alién. et neurol...*, Angers, 1898. Comptes rendus, p. 244.

minées histologiquement par MM. les Professeurs Raymond et Pierret. Dans plusieurs travaux récents,[1] nous avons précisé les lésions fines du cortex sous-jacentes à des épaississements méningés et nous avons montré qu'à ces lésions encore en activité ou arrêtées dans leur évolution correspondaient divers syndrômes mentaux.

Les méningites chroniques peuvent évoluer insidieusement ou être le reliquat de méningites aigües survenues dans le jeune âge. Les méningites qui rentrent dans le premier groupe sont dans tous les cas que nous avons pu observer, d'origine toxique. On peut donner comme type la méningite chronique des alcooliques. Mais le poison n'est pas toujours d'origine exogène et il peut être dû au mauvais fonctionnement d'un organe autre que le cerveau. MM. Anglade[2], Villaret et Tixier[3], encore récemment, insistaient sur le rôle spécial que peut jouer la tuberculose par ses toxines sur les cerveaux prédisposés.

Les méningites chroniques appartenant au deuxième groupe sont le reliquat de méningite aigüe de l'enfance, quelquefois de méningite aigüe de l'adulte. Quand dans les antécédents d'un malade on relève des accidents cérébraux ayant déterminé dans le jeune âge des convulsions, il y a tout lieu de croire que le sujet a été atteint de méningite aigüe dont il a guéri. Cette maladie détermine le plus souvent des arrêts de développement qui se traduisent par l'idiotie, l'imbécillité ou la débilité mentale; d'autres fois, après la méningite aiguë, tout paraît rentrer dans l'ordre et, pendant plusieurs années, le développement intellectuel du sujet paraîtra normal. Cependant l'organe de la pensée aura été touché, des scléroses sous-méningées à évolution lente, des atrophies des prolongements cellulaires localisées dans les couches les plus superficielles du cortex surviendront et donneront lieu à des troubles mentaux. Ordinairement, c'est à l'âge où le cerveau atteint son complet développement, entre 18 et 25 ans, que ces troubles surviennent et les malades rentrent dans le groupe des confusions mentales chroniques (démences précoces, démences vésaniques, etc.) Quant aux autres troubles mentaux, ils sont également des plus variés, et à l'autopsie des malades ayant présenté comme symptômes de la débilité mentale avec des idées délirantes de formes diverses, de la folie à double

[1] L. Marchand. — Lésion du cortex sous jacentes à des épaississements méningés chez certains aliénés chroniques, *Soc. de Biol.*, *6 mai 1905*. — Des méningites à évolution insidieuse comme cause d'aliénation mentale. *Gaz. des Hop.*, *6 avril 1905*. Méningite chronique et aliénation mentale. *Soc. Anat.*, *27 oct. 1905*.

[2] Anglade. — Cerveaux des tuberculeux. *Soc. de neurol.*, 9 janv. 1902.

[3] Villaret et Tixier. — Modalités méningitiques tuberculeuses. *Soc. de Biol.*, 16 déc. 1905.

forme, nous avons rencontré des lésions très nettes de méningite chronique.

Quand on fait l'examen d'un aliéné, on ne cherche actuellement qu'à préciser le syndrôme dont il est atteint, mais on ne cherche pas à rattacher ce syndrôme à une maladie cérébrale. Les altérations que l'on trouve dans les cerveaux des aliénés ne diffèrent en rien de celles qui sont décrites dans les traités de neurologie ; nous les avons énumérées plus haut. Dans les cas où chez les aliénés on trouve des lésions de méningite chronique, on n'attache aucune importance à ces lésions ou on les considère comme banales. Quand on rencontre de telles lésions sur les cerveaux d'idiots ou d'imbéciles, on n'hésite pas à leur attribuer un grand rôle dans la production de la faiblesse intellectuelle. Quand on trouve les mêmes lésions chez les aliénés, pourquoi leur refuser un rôle pathogénique ? La seule différence qui existe dans l'un et l'autre cas est que, dans le premier, la maladie a évolué sur des jeunes cerveaux et dans l'autre sur des cerveaux complètement développés. Des syndrômes mentaux provoqués par la même affection cérébrale sont par cette raison même complètement différents.

***

2° *De la Cérébro-Cellulite.* — Du nom de cérébro-cellulite, nous désignons une maladie cérébrale dont la lésion porte uniquement sur les cellules du cortex. Elle est pour le cerveau ce qu'est pour la moelle la poliomyélite antérieure ou plutôt la paralysie spinale antérieure [1], maladie portant uniquement sur les cellules motrices antérieures. La cérébro-cellulite est pour le cerveau l'équivalent de la maladie du cervelet que vient de décrire M. Thomas [2] sous le nom d'atrophie lamellaire des cellules de Purkinge. Chez une malade ayant présenté le syndrôme cérébelleux, cet auteur n'a trouvé que des lésions portant uniquement sur les cellules de Purkinge : « Il subsiste encore, dit M. Thomas, une catégorie de maladies dans lesquelles il est impossible de faire intervenir des lésions méningées et vasculaires pour expliquer la disparition lente et progressive de certains groupes de cellules. »

La cérébro-cellulite peut être congénitale ou acquise. Congénitale, elle peut être due aux tares des ascendants, aux maladies de la mère pendant la grossesse, à une mauvaise alimentation du nouveau-né, à des intoxications d'origine endogène ou

[1] Philippe et Cestan. — Sur deux cas de paralysie spinale antérieure subaiguë. *Congr. intern. de méd.* Paris 6 août 1900.

[2] A. Thomas. — Atrophie lamellaire des cellules de Purkinge. *Revue neurol.* 30 sept. 1905.

exogène. Acquise, elle peut être due aux mêmes causes que celles que nous venons d'énumérer; la cellule cérébrale née chétive pourra s'altérer à une époque de l'existence et là encore l'âge de la puberté est un âge critique pour les cerveaux ainsi adultérés. Le plus souvent, quand la cérébro-celluliteestacquise, elle est due à une intoxication endogène ou exogène. Cette maladie cérébrale peut s'observer à l'état aigu ou à l'état chronique. L'état chronique peut se présenter d'emblée ou succéder à l'état aigu.

La cérébro-cellulite survenant pendant l'enfance produira suivant son intensité l'idiotie, l'imbécilité ou la débilité mentale. Chez l'adolescent et l'adulte, elle peut présenter trois formes évolutives. Dans la forme aiguë, elle peut déterminer tous les syndrômes mentaux aigus (délire aigu, confusion mentale aiguë, excitation maniaque aiguë, idées délirantes plus ou moins systématisées, etc.); la maladie peut guérir et ne laisser chez le sujet aucun désordre cérébral. Quand elle passe à l'état chronique, la cérébro-cellulite donne lieu à un affaiblissement intellectuel dont l'intensité est en rapport avec la lésion cellulaire elle-même, à des syndrômes mentaux variés. Les symptômes mentaux restent stationnaires si la lésion s'arrête dans son évolution et c'est ainsi que l'on observe des aliénés qui présentent les mêmes symptômes pendant de très longues années ; ces aliénés sont plutôt des infirmes du cerveau que des malades. Cette forme chronique de la cérébro-cellulite détermine chez l'adolescent le syndrôme de la confusion mentale chronique (démence précoce), chez l'adulte le syndrôme de la démence vésanique, chez le vieillard le syndrôme de la démence sénile. Enfin, la cérébro-cellulite peut avoir une marche progressive et la démence en sera le résultat terminal. Cette démence pourra être globale et ressembler à celle des paralytiques généraux. Actuellement, ces cas rentrent dans le cadre des démences précoces ou vésaniques à marche rapide.

C'est dans cette maladie cérébrale que rentrent les cas d'aliénation mentale dans lesquels on ne rencontre à l'autopsie aucune lésion macroscopique. C'est cette constatation qui permettait de dire à Ball [1] : « Tous les auteurs ont rapporté des cas de folie confirmée où point de lésions n'ont été rencontrées à l'autopsie ». Broussais avait fait les mêmes remarques, mais il n'en tirait pas la même conclusion : « Si les cadavres nous paraissent muets, dit-il, c'est parce que nous ignorons l'art de les interroger. » Avec les progrès de l'histologie du système nerveux, nous voyons ces cas de folie sans lésion devenir de plus en plus

[1] Ball. *Loc. cit.*, p. 199.

rares. On remarque d'abord les altérations des cellules pyramidales dans le délire aigu. MM. Ballet et Faure [1], Laignel-Lavastine [2] décrivent des lésions cellulaires dans quelques psychoses aiguës ; MM. Klippel et Lhermitte [3], Vigouroux et Legrain [4], Laignel-Lavastine et Leroy [5] montrent les lésions des cellules psychiques dans des cas de confusion mentale chronique (démence précoce) ; dans deux cas de démence précoce [6], nous n'avons également trouvé que des lésions des cellules psychiques portant sur les primitives fibrilles.

On peut remarquer la grande similitude des syndrômes provoqués par la méningite chronique et la cérébro-cellulite. Cette similitude s'explique facilement. Entre les lésions corticales caractéristiques de ces deux affections, il n'y a qu'une différence : c'est que dans la première les lésions cellulaires sont secondaires ou contemporaines de la méningite, dans la seconde les lésions cellulaires sont primitives. Les symptômes moteurs et convulsifs pourront permettre souvent le dagnostic ; mais ceux-ci relèvent de la neurologie et là encore comme pour les autres syndrômes mentaux, c'est à ceux-ci qu'il faut avoir recours pour préciser le diagnostic de la lésion cérébrale. La méningite chronique détermine souvent des troubles pupillaires, des attaques épileptiques et des syndrômes mentaux décrits comme équivalents psychiques de l'épilepsie, les réflexes patellaires sont fréquemment exagérés, la force musculaire est quelquefois diminuée d'un côté du corps. Le diagnostic de la cérébro-cellulite se fait par exclusion. Quand chez un aliéné on ne trouvera aucun trouble moteur ou sensitif, il y a lieu de penser que l'affection mentale est due à la cérébro-cellulite.

Quand il s'agit d'états mentaux caractérisés par une faiblesse intellectuelle congénitale, le diagnostic entre la méningite chronique et la cérébro-cellulite est difficile, comme difficile est le diagnostic et la lésion causale des idioties. Tel idiot que l'on croit atteint de méningite chronique, est atteint de sclérose cérébrale ou de porencéphalie. D'après nos recherches personnelles, la faiblesse intellectuelle congénitale par cérébro-cellulite est rare ; elle ne s'accompagne pas d'ordinaire d'épilepsie et les sujets ne sont pas des idiots profonds ; ils sont plutôt des

[1] G. Ballet et M. Faure. Contribution à l'anatomie pathologique de la psychose polynévritique et de certaines formes de confusion mentale primitive. *Presse médicale, 30 nov. 1898*, p. 317-320.

[2] Laignel-Lavastine. *Soc. anat., 26 janv. 1906.*

[3] Klippel et Lhermitte. Démence précoce. *Revue de psych., février 1904.*

[4] Vigouroux et Legrain. *Soc. med. psych. 30 oct. 1905.*

[5] Laignel-Lavastine et Leroy. Un cas de démence précoce avec autopsie. *Congrès de Pau, 1904.*

[6] L. Marchand. Lésions des neurofibrilles dans quelques maladies mentales. *Soc. de Biol. 22 oct. 1904.*

arriérés susceptibles de certaines acquisitions intellectuelles ; ces malades ne présentent pas de troubles de la réflectivité, de paralysies motrices d'origine cérébrale ; en un mot leur cerveau ne diffère des cerveaux normaux que par une moindre complexité due à l'arrêt du développement de la cellule psychique (idioties congénitales idiopathiques de Bourneville)[1]. C'est à ces sujets que M. Rabaud donne le nom de microcépales par anomalie et non par maladie; la microcéphalie « n'est en somme que le résultat d'un ralentissement de croissance du cerveau qui acquiert son état histologique adulte tout en n'ayant qu'une quantité de substance relativement réduite[2] ».

Ainsi, au point de vue anatomo-clinique, le fond intellectuel, la forme des idées délirantes, les hallucinations, etc., ne permettent pas à elles seules de faire le diagnostic d'une maladie cérébrale. L'examen de la sensibilité, de la réflectivité, de la motricité et la fonction du langage sont indispensables. Les idées délirantes permettent seulement d'établir le fond intellectuel du sujet. Toute idée, qu'elle soit délirante ou non, est accompagnée d'un raisonnement plus ou moins logique qui permet d'apprécier le degré d'intelligence du sujet. Le fond intellectuel est bien plus important que les idées délirantes quand il s'agit de déterminer les lésions cérébrales d'un aliéné. Un anatomiste, d'après l'examen macroscopique et microscopique d'un cerveau, pourra dire si le sujet était atteint de faiblesse intellectuelle, mais il lui sera impossible de dire si le sujet présentait des idées délirantes et quelles étaient leurs formes. Les idées délirantes sont le produit d'un cerveau malade comme les idées normales sont le produit d'un cerveau sain. De même qu'il est impossible de savoir quelles furent les idées émises par un individu en examinant macroscopiquement et microscopiquement son cerveau, de même il est impossible de dire quelles étaient les idées délirantes d'un aliéné. La forme des idées délirantes est bien plus en rapport avec les tendances transmises héréditairement, le milieu dans lequel a vécu l'individu, l'éducation et l'instruction qu'il a reçues qu'avec la maladie cérébrale dont il est atteint. Quant à la systématisation des idées délirantes, elle est en rapport inverse de l'intensité des lésions. On peut dire, en règle générale, qu'un délire sera d'autant plus sysmatisé que la lésion chronique des cellules psychiques sera plus légère et sera survenu sur un cerveau mieux développé. M. Magnan

[1] Bourneville. — Rapport sur l'anathomie pathologique de l'idiotie. — Congrès intern. de méd. Paris, 1900.

[2] E. Rabaud. Anormaux et dégénérés. *Revue de psychiatrie, septembre 1903, p. 378.*

avait judicieusement remarqué que pour faire un délire chronique systématisé, l'individu devait n'être pas dégénéré ou l'être au minimum.

***

Conclusions. — Les principales maladies cérébrales que l'on rencontre chez les aliénés sont la méningite chronique (meningo-corticalite), la meningo-encéphalite chronique ou subaiguë, l'encéphalite, la vascularite cérébrale, l'athéromasie cérébrale, les scléroses cérébrales, les tumeurs cérébrales. Il faut ajouter à cette énumération la cérébro-cellulite, appellation nouvelle pour indiquer la lésion primitive et unique de la cellule psychique.

La même maladie cérébrale survenant chez des sujets du même âge, peut donner lieu à des syndrômes mentaux différents. La même maladie cérébrale survenant, chez des sujets d'âge différent, donne lieu à des syndrômes mentaux totalement différents.

Des maladies cérébrales différentes peuvent donner lieu à des syndrômes mentaux identiques.

Les symptômes mentaux, les syndrômes mentaux même ne permettent pas à eux seuls de préciser la maladie cérébrale dont ils sont symptômatiques. L'examen de la sensibilité, de la motricité, des fonctions du langage sont indispensable. La psychiatrie n'est qu'une petite branche de la neurologie. Ce qui lui donne son importance, ce sont ses rapports avec la médecine légale et la sociologie.

FAITS ET OPINIONS

RECHERCHES SUR LE REFLEXE BUCCAL

Par les Drs R. Lambanzi et C. Pianetta
Médecins du Manicome de Brescia
(Traduction de M. le Dr J.-M. Dupain, médecin en chef des Asiles de la Seine)

Le centre ou les centres des mouvements pour la succion n'ont pas un siège anatomique précis (Albertoni) mais on admet qu'ils se trouvent dans la moelle allongée, parce que c'est d'elle qu'émergent les nerfs des muscles qui effectuent ce mouvement de succion et les nerfs du sens qui régularisent et coordonnent par la voie réflexe les actions musculaires ; et en outre, parce que les fœtus humains anencéphales, les chats et les chiens nouveaux nés chez

lesquels la mœlle allongée est divisée au niveau du pont de Varole peuvent encore sucer le lait (Vulpian). Chez le bébé nouveau-né la simple introduction du bout du sein entre les lèvres provoque la série des actes nécessaires pour produire l'aspiration du lait; actes coordonnés, non simultanés mais successifs (Brissaud) qui constituent un mouvement réflexe *fonctionnel*, quelques-uns disent instinctifs, dont la complexité est évidente.

Le réflexe buccal dont il est question en ce moment, n'est qu'une portion, un fragment de l'acte complet de la succion et son arc diastaltique est constitué par la branche sensitive de la cinquième paire qui innerve les muscles et la peau de la lèvre et de la branche motrice de la septième paire qui innerve l'orbiculaire. On l'obtient en percutant légèrement avec un petit marteau au voisinage de la commissure labiale; le stimulus éveille une contraction plus ou moins intense de l'orbiculaire qui fait que la lèvre se ferme à moitié et présente quelquefois après un mouvement de projection.

On observe généralement chez les enfants à la mamelle que ce réflexe est moins évident et moins fréquent à mesure que l'enfant s'accroit en âge et que l'allaitement est supprimé et cette involution ou évolution du mouvement réflexe fait comprendre, précisément par sa diminution, qu'il est une partie de l'acte complexe de la succion; ce réflexe fonctionnel cesse de s'exercer avec la suppression de la fonction spécifique, cependant que, d'autre part, ce phénomène prend place dans le domaine de l'inhibition corticale d'une façon progressive à mesure que se fait le développement du cerveau, et se transforme en acte volontaire.

F. Thomson ayant dans l'année de 1896 vu ce réflexe de la lèvre (ou phénomène de la bouche) chez des nouveaux-nés endormis et ayant aussi rémarqué combien cet état était peu pris en considération, rapporte tout récemment le résultat de ses nombreuses observations[1]. Il le provoque en percutant un peu au-dessus ou un peu au-dessous de l'angle de la commissure labiale; il le trouve toujours présent chez les enfants à la mamelle endormis et presque toujours absent chez ces mêmes enfants éveillés; il trouve qu'il est moins évident et moins fréquent chez les enfants de 2 à 3 ans. Environ vers le même temps Toulouse et Vurpas[2] firent l'intéressante observation que le réflexe buccal — qui précisément est physiologique chez les enfants manque chez les adultes normaux — reparaît dans quelques états pathologiques. — Ils purent le relever dans un cas de démence paralytique, de démence apoplectique et sénile, d'idiotie, dans des états d'intoxication alcoolique et chez des individus qui, pour diverses conditions, présentaient une exagération des réflexes tendineux. Pour expliquer le nouveau symptôme morbide, Toulouse et Vurpas le rapportent à un trouble de la fonction de l'écorce cérébrale par lequel cesse dans celle-ci le pouvoir

[1] F. Thomson. On the lip reflex (mouth phenomenen) off newborn Children-Review of Neurology and Psychiatry. n° 3. 1903.
[2] Société de biologie de Paris : II-VII, 1903.

acquis depuis peu d'années après la naissance, d'entretenir l'état latent de ces associations fonctionnelles bulbaires, desquelles le réflexe buccal est une expression ; — et l'explication générique est acceptable.

Nous examinâmes avant tout — avec le libéral consentement d'un Collègue de l'hospice de la Maternité — un certain nombre d'enfants à la mamelle et sevrés : Pour obtenir le réflexe nous trouvons très utile d'employer la technique usitée par Thomson ; les petits coups de marteau frappés en bas de la région de l'angle labial produisaient rarement l'effet indiqué par l'auteur. Les résultats obtenus chez les enfants à l'état de veille sont très incertains et souvent négatifs ; sur 13 enfants à la mamelle âgés de dix jours à sept mois, nous trouvâmes le réflexe évident seulement trois fois, mais à un autre examen sur 8 de ces mêmes enfants, nous le trouvâmes quatre fois. 11 de ces mêmes enfants furent examinés pendant leur sommeil et tous présentèrent le phénomène très distinct.

Notre impression n'est pas que le réflexe buccal manque chez les nouveaux-nés à l'état de veille ou qu'il soit très rare — comme peut-être le présume Thomson — mais il est difficile à obtenir, ou bien à obtenir d'une façon bien claire. Il suffit en effet dans bien des cas d'approcher seulement le petit marteau de la lèvre — sans la toucher — avant de percuter pour voir la bouche de l'enfant remuer de différentes manières au point de rendre impossible la preuve ou le résultat certain du phénomène ; quelquefois il arrive même de voir la lèvre s'allonger comme pour la succion, de sorte qu'on pourrait dire que la réaction précède le stimulus tactile à moins qu'on ne pense que cette réaction ait pour cause le stimulus visible ; parfois encore, au stimulus succède lentement toute la série des actes bucco-linguaux exprimant le rèflexe fonctionnel de la succion, et dans ce cas, la lenteur de la réaction fait supposer que ce n'est pas la percussion du petit marteau mais peut-être quelque autre stimulus complexe déterminé par la présence de l'observateur qui a pu agir ou que le mouvement buccal de l'enfant ait été spontané, mais en tout cas toujours indépendant de l'action stimulatrice directe. Dans le sommeil, évidemment, les conditions pour la production du phénomène sont bien plus favorables, mais précisément encore le fait que le phènomène peut être produit dans le sommeil chez tous les nouveaux-nés donne raison de croire que dans la veille son absence ou son extrême rareté est plusapparente que réelle ; l'observation suivante que nous avons faite est bien significative pour cette proposition : chez 8 enfants sevrés, âgés de 1 à 2 ans, le rèflexe buccal était manifeste seulement chez 4 d'entre eux, et chez ceux-ci, aussi bien dans le sommeil que dans la veille. Sur 3 enfants de 3 ans, 1 présentait également ce réflexe buccal dans le sommeil et dans la veille, enfin 1 autre enfant âgé de 4 ans.

Ces dernières observations nous permettent comme à Thomson de remarquer qu'avec la fin de l'allaitement et avec la croissance de l'âge, le réflexe se présente avec une fréquence toujours moin-

dre, l'enfant de 4 ans qui — peut-être par exception — le présentait avait des stigmates évidents de frénasténie.

Nous avons examiné en outre 58 individus normaux des deux sexes, adultes de 14 à 57 ans, et le réflexe buccal ne fut observé qu'une fois — léger — chez un homme adonné aux boissons alcooliques.

Après cette préparation, nous avons procédé à l'examen de nombreux malades et durant cette recherche, nous avons pu constater que la meilleure façon d'obtenir le réflexe chez les adultes et on peut dire chez tous, sevrés et nourrissons, est celle indiquée par Toulouse et Vurpas, de percuter avec un petit marteau la partie médiane de la lèvre supérieure au niveau des dents incisives, pendant que la bouche est tenue sans effort, à peine entr'ouverte.

La percussion dans quelque autre point péri-buccal produit rarement le réflexe ; pourtant il est opportun d'en faire l'expérience dans les cas douteux. De même, il est pareillement opportun de percuter sur quelques points plus éloignés de la zone péri-buccale dans le cas où on peut supposer quelques simulations, volontaires ou involontaires du mouvement réflexe. Le choc du petit marteau provoque exceptionnellement une action d'extension de la tête, en pareil cas une contraction bi-lattérale de l'orbiculaire de la paupière et un clignement palpébral, actes peut-être de protection qui peuvent avoir lieu simultanément avec le réflexe buccal mais qui n'ont aucun rapport avec sa présence ou son absence.

Les comparaisons variées de nos recherches nous ont amené à distinguer un réflexe *léger* et un réflexe *marqué*, distinction d'intensité qui comporte encore une distinction de forme et d'extension parce que le réflexe *léger* se manifeste avec une contraction de l'orbiculaire de la lèvre plus ou moins limitée à la lèvre supérieure, et le réflexe *marqué* se manifeste avec une contraction qui entraîne la fermeture de la bouche et arrive aussi — assez souvent — à faire allonger la lèvre en avant comme chez les jeunes enfants. Il est clair que cet acte requiert le concours d'autres muscles péri-buccaux outre le muscle orbiculaire, de plus on observe ensuite — précisément quand le réflexe est marqué — un complexus des mouvements du visage qui démontre que, outre le concours utile de certains muscles péri-buccaux pour la production du réflexe, on a un concours inutile des autres muscles de la mimique.

Résumons à présent le résultat analytique d'une recherche pratiquée sur deux centuries de malades aliénés qui furent examinés par nous séparément les uns des autres.

	1e CENTURIE FEMMES				2e CENTURIE HOMMES			
	Nombre des observations	Réflexe buccal			Nombre des observations	Réflexe buccal		
		marqué	léger	absent		marqué	léger	absent
Démence précoce	26	8	7	11	15	6	3	6
— paralytique	2	1	1	»	3	»	1	2
— sénile	11	8	»	3	8	8	»	»
Mélancolie involutive	1	»	»	1	4	3	»	1
Folie maniaque dépressive	23	4	4	15	17	3	2	12
Amentia	5	1	3	»	1	»	»	1
Folie toxique	»	»	»	»	14	7	1	6
Paranoia	3	2	»	1	9	4	»	5
Epilepsie	6	2	»	4	13	3	2	8
Hystérie	4	»	»	4	»	»	»	»
Folie dégénérative	4	1	2	1	1	»	»	1
Frenastenia	15	4	7	4	15	7	2	6
		31	24			41	11	
	100	55		45	100	52		48

1re centurie : R. buccal présent dans 55 °/₀ { dans 31 °/₀ marqué / dans 24 °/₀ léger

2e centurie : R. buccal présent dans 52 °/₀ { dans 41 °/₀ marqué / dans 11 °/₀ léger.

Les résultats généraux par rapport à la proportion de présence du réflexe examiné chez les aliénés sont presque égaux dans les deux centuries.

En comptant les résultats partiels qui ont trait à la proportion de la présence du réflexe dans les diverses catégories d'aliénés, nous ne pouvons tenir compte — même avec ce pourcentage provisoire — que des catégories qui dans l'une et dans l'autre centurie sont représentées par un nombre suffisamment notable d'observations ; de cette façon nous voyons :

1re centurie :

Démence précoce..... R. buccal présent dans 57.69 °/₀ sans évidente distinction d'âge ;
Démence sénile..... » » » 72.72 °/₀
Folie maniaque dépressive. » » » 34.78 °/₀ observés presque exclusivement chez les vieillards ;
Frenastenia..... R. buccal présent » 73.33 °/₀ sans évidente distinction d'âge ;
Epilepsie..... » » » 33.33 °/₀.

2e centurie :

Démence précoce..... R. buccal présent dans 60 °/₀ sans évidente distinction d'âge ;
Démence sénile..... » » » 100 °/₀
Folie maniaque dépressive. » » » 29.41 °/₀ observés avec prédominence chez les vieillards.
Frenastenia..... » » » 60 °/₀ sans évidente distinction d'âge ;
Epilepsie..... » » » 38.46 °/₀.

Ainsi les principaux résultats partiels se montrent proportionnels et concordent dans les deux centuries avec une approximation manifeste, et à cause de cela — étant donnée la même concordance presque absolue des résultats généraux — on peut croire que l'une des centuries sert de contrôle et de confirmation à l'autre et que l'on peut les fusionner ensemble sans craindre de faire disparaître des termes contradictoires entre eux.

Résultats complets :

	Nombre des observations	Réflexe buccal		
		marqué	léger	absent
Démence précoce	41	14	10	17
» paralytique	5	1	2	2
» sénile	19	16	»	3
Mélancolie involutive	5	3	»	2
Folie maniaque dépressive	40	7	6	27
Amentia	6	1	3	2
Folie toxique	14	7	1	6
Paranoia	12	6	»	6
Epilepsie	19	5	2	12
Folie dégénérative	5	1	2	2
Frénastenia	30	11	9	10
		72	35	
	200	107		93

Ces chiffres donnent le pourcentage définitif suivant :

Le réflexe buccal se trouve présent dans 53.50 °/₀ de nos malades;

Dans la démence précoce on a une proportion de 58.53 °/₀ ;
» la » sénile » » 84.21 °/₀ ;
» la folie maniaque dépressive » 32.50 °/₀ ;
» la frénastenia on a une » 66.66 °/₀ ;
» l'épilepsie » » 36,84 °/₀.

A ces formes mentales, on peut ajouter la proportion de la psychose toxique — 14 malades alcooliques et pellagreux avec prédominence d'alcooliques — qui ne fut guère différente puisque nous avons trouvé sur 58 individus normaux, un seul individu qui présentait le réflexe buccal et le sachant adonné aux boissons alcooliques.

Il nous vint le désir de connaître autant que possible comment se comportait par comparaison ce réflexe chez nos alcooliques et nous trouvâmes une proportion de 57,14 0/0. C'est là pour nous une simple constatation de faits, de laquelle nous ne devons tirer aucune conséquence sur l'importance semeiologique que la présence du symptôme peut avoir de préférence dans telle ou telle maladie mentale, bien que transparaisse la possibilité de quelque conjecture. Nous ne pouvons cependant taire comment le réflexe buccal semble trouver dans la vieillesse une condition très fréquente de se présenter ; déjà cette donnée se montre dans une autre proportion avec laquelle on la trouve dans la démence sénile mais nous l'avons observée encore dans l'examen de diverses et

nombreuses catégories de malades. Sur 8 femmes et 5 hommes atteints de manie dépressive qui présentaient le réflexe buccal, 7 femmes et 3 hommes étaient âgés, les autres avaient respectivement 35, 43, 52 ans. Parmi ceux qui ne le présentaient pas — 27 — on en compte 2 seulement âgés de 60 à 69 ans. Cependant, on peut conclure de notre recherche que — en mettant de côté la sénilité — le réflexe buccal démontrerait une tendance à représenter quelque valeur distinctive parmi des formes morbides dont le pronostic est bien différent ; On voit en effet la proportion de sa présence dans la manie dépressive en comparaison avec la démence précoce et avec la frénastenie, il semblerait donc dans cette distinction qu'il y a une importance plus grande à constater la présence plutôt que l'absence du symptôme. Mais de toute façon, nous ne voulons sortir de notre réserve sur un pareil sujet, car pour élucider cette question affirmativement ou négativement, il faudrait encore plus de temps et des observations plus nombreuses.

Pour le présent, nous nous contenterons de conclure en nous appuyant sur une base certaine, que le réflexe buccal chez les adultes représente un symptôme morbide qu'on observe chez plus de 50 0/0 des aliénés.

OBSERVATION

DÉLIRE DE NÉGATIONS ET LÉSIONS ORGANIQUES

Par A. Vigouroux
Médecin de l'Asile de Vaucluse

Cos... Emile, âgé de 25 ans, entre à l'Asile de Vaucluse le 13 septembre 1902, atteint, d'après le certificat du médecin traitant, d'excitation avec monomanie hypochondriaque et délire de persécution.

Au moment de notre examen, il se présente comme un mélancolique anxieux avec des idées hypochondriaques : son intestin est atrophié, son cerveau est paralysé. Il n'a plus de mémoire, il ne sait plus rien, il ne peut plus vivre. Son délire porte aussi sur l'avenir, c'est un délire d'attente. Que va-t-il devenir? on va le tuer, lui ouvrir le corps, etc.

Il répond à peine aux questions, refuse d'écrire son nom, refuse de manger par intervalles, etc.

Les pupilles sont dilatées, la droite un peu plus grande, la langue est saburrale mais non tremblante, les réflexes tendineux sont un peu exagérés. Le ventre est dur par suite de la constipation. Pas d'embarras de la parole sauf un léger bégaiement congénital — pas d'autres signes physiques — glycosurie alimentaire.

Des renseignements fournis par la mère nous apprennent que le

début de la maladie remonte à 4 mois, c'est-à-dire au mois de mai 1902 ; à cette époque il est devenu neurasthénique ; il a cessé de travailler, se disant incapable de le faire, se préoccupant de sa santé et de son état, puis il est devenu mélancolique, roulant dans sa tête des idées de suicide à deux (sa mère et lui) ; il chercha même à se pendre et à se jeter dans la Seine. Il se plaignait d'horribles cauchemars et de vives douleurs dans les jambes. Cette dépression aurait été causée par un surmenage intellectuel dû à un changement d'occupations ; employé dans une compagnie d'assurance, il avait eu de l'avancement et avait été chargé d'un poste de répartiteur plus difficile. « J'ai beaucoup hésité à accepter ce poste, écrivait-il à son directeur un mois avant son internement, car je craignais beaucoup, vu mon caractère si nerveux qui se tourmente toujours et a peur de tout, de ne pas être à la hauteur de la situation à remplir ».

Il eut en plus une assez forte grippe en avril 1902. Avant cette période c'était un employé intelligent et travailleur, très affectueux pour les siens, de bonne santé habituelle, se livrant aux sports avec excès peut-être, ne buvant pas et n'ayant jamais eu de maladie vénérienne.

Son père, mort à 72 ans avait présenté avant sa mort des troubles délirants mal déterminés à la suite d'un violent chagrin. Sa mère est bien portante, une sœur est en bonne santé, deux frères sont morts de la poitrine.

Ces renseignements viennent à l'appui du diagnostic de mélancolie anxieuse avec hypochondrie survenant chez un prédisposé à la suite de surmenage et de grippe.

L'intelligence n'est pas affaiblie d'une façon appréciable, Cos... a conscience du temps et du lieu ; il se croit perdu et comme il a conservé vis-à-vis de sa mère des sentiments affectifs très développés, il écrit à cette dernière de longues lettres dans lesquelles il lui donne des conseils sur ce qu'elle doit faire maintenant qu'elle est seule et des renseignements précis sur l'état de leurs affaires : résiliation du loyer, vente de valeurs, etc., etc.

A son entrée et durant les premières semaines, l'anxiété persiste et les idées hypochondriaques restent surtout limitées au fonctionnement de l'intestin ; celui-ci est soit bouché, soit atrophié, il faut l'opérer, etc ; Cos... prétend ne jamais aller à la selle, demande qu'on le tue, qu'on l'étouffe entre des matelas, etc.

En novembre 1902, il ne peut plus marcher, il n'a plus de force, il se laisse tomber sur le parquet afin de prouver son impuissance motrice.

Décembre 1902. Il est perdu, il ne peut plus aller aux cabinets, il ne peut plus ni manger, ni boire, ni s'asseoir, ni se tenir debout, rien ne fonctionne plus. Il ne vit plus et cependant il n'est pas mort, on ne pourra pas le tuer.

Janvier 1903. Les idées de négations portent sur les fonctions de tous les organes. Tous les matins, Cos... s'excite en nous injuriant : « Mon cas est effroyable, horrible, je ne peux ni vivre, ni mourir, ni boire, etc. Amaigrissement notable.

Juin 1903. Même délire, même anxiété, s'excite parfois vis-à-vis de sa mère, d'autres fois lui parle de ses intérêts et lui donne des renseignements exacts sur ses affaires, conscience du temps écoulé ; me rappelle qu'il y a exactement six mois je lui ai promis la guérison à cette échéance.

Juillet 1903, même état d'amaigrissement. En dehors de l'inégalité pupillaire, pas des signes de paralysie générale, mêmes idées de négation et d'immortalité.

Août 1903, déclare à sa mère qu'il n'est plus son fils — quelques jours après, à la visite, il nous déclare que nous l'avons guéri, qu'il a une bouche, des intestins, qu'il peut marcher ; il veut frotter le parquet, etc., de fait il mange, se lève et marche.

Le 13 Août toujours très cachectique, il s'affaiblit brusquement et succombe 5 heures après sans avoir présenté de convulsions ni d'hyperthermie.

L'autopsie ne peut être aussi complète que nous l'aurions désirée. Elle a porté sur le cerveau, les poumons, le foie et les reins.

Au point de vue macroscopique les résultats furent négatifs. Les méninges non épaissies, transparentes non adhérentes étaient simplement congestionnées. Le cerveau, les reins paraissent sains, les poumons n'ont pas de tubercules.

L'examen histologique du cerveau réservait une surprise : Les méninges ne sont pas épaissies, elles sont infiltrées de pigments sanguin, de cellules rondes ; les artères sont saines, les veines ont de la périphlébite, la substance cérébrale n'est pas infiltrée de cellules de névroglie ni parcourue par des vaisseaux de nouvelle formation, mais les vaisseaux sont entourés de véritables manchons de cellules rondes et de pigment ocre ; cette périvascularite paraît plus intense dans la couche cellulaire profonde et dans la substance blanche.

Les cellules nerveuses au Nissl paraissent peu altérées, seules les cellules pyramidales géantes sont malades, le protoplasme et le noyau se colorent de façon uniforme, le nucléole est seul visible; d'autres ont des lacunes dans leur protoplasme.

Les fibres au Weigert paraissent saines ; les fibres de Baillarger subsistent et les fibres tangentielles de Tuksek sont normales.

Le bulbe ne présente pas d'altérations notables : pas de granulations du plancher du quatrième ventricule, pas de lésions des fibres ; seules les cellules du noyau supérieur de la dixième paire paraissent légèrement altérées (noyaux excentriques).

Les poumons et les reins ne présentent pas d'altération notable.

Par contre, le foie nous apparaît comme très altéré. Les espaces portes sont normaux, la veine sus-hépatique est très congestionnée: mais l'altération porte surtout sur les cellules hépatiques qui sont atrophiées et pigmentées. Surtout dans la région sus-hépatique les trabécules sont d'une minceur extrême et séparés les uns des autres par des capillaires distendus et pleins de sang. Les cellules remplies de pigment sont souvent privées de noyau.

En résumé, voilà un malade prédisposé qui, à la suite de sur-

menage physique et intellectuel et d'une infection grippale présente successivement un état neurasthénique, de la mélancolie hypochondriaque et enfin du délire de négation, systématisé, avec idées d'immortalité.

Ses idées de négation n'ont jamais été mobiles et incohérentes et à aucun moment de sa maladie qui a duré 16 mois, n'a présenté le syndrome de la paralysie générale.

L'examen clinique en dehors de la glycosurie alimentaire n'avait révélé aucune lésion organique, l'examen mascroscopique des pièces de l'autopsie n'avait montré aucune lésion importante ; seul l'examen histologique bien qu'incomplet (puisqu'il n'a porté ni sur la moelle, ni sur le sympathique, ni sur l'intestin, etc.), a montré une lésion importante du foie et une altération très nette du tissu vasculo-conjonctif de l'encéphale.

Peut-on admettre que ce malade était un paralytique général à une période peu avancée de sa maladie ? Nous ne le croyons pas, ni au point de vue clinique, ni au point de vue de l'histologie pathologique. Nous admettons plutôt la priorité de la lésion hépatique, laquelle, de par la lésion cellulaire hépatique a produit l'auto-intoxication qui, sur un cerveau prédisposé, a donné lieu à l'encéphalite interstitielle, d'où délire. L'orientation de ce délire nous paraîtrait en rapport avec des troubles de nutrition et des altérations de l'appareil gastro-intestinal que, malheureusement, nous ne pouvons préciser.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 26 mars 1906

I. MM. Sollier et Duhem : *Psychose polynévritique par auto-intoxication gastrique.* — II. M. Régis : *Délire hypocondriaque et lésions viscérales. Discussion :* MM. Vallon, Arnaud, Toulouse, Colin. — III. M. Thivet : *Simulation sur une base morbide. Discussion :* M. Briand. — *Election.*

I

MM. Sollier et Duhem : *Psychose polynévritique par auto-intoxication gastrique.* — Une femme, âgée de 27 ans, est atteinte d'une grippe, à la suite d'un surmenage physique qui lui a été imposé par les soins à donner à son beau-père gravement malade et d'une émotion violente que lui ont causée les reproches d'une belle-mère injuste, qui l'accuse d'avoir négligé celui-ci. L'état infectieux persiste un mois, s'accompagnant de toux, de vomissements alimentaires et bilieux. Un an après, cette femme commence à éprouver des sensations douloureuses au niveau de l'estomac, à souffrir de constipation et de vomissements, d'alternatives d'anorexie et de boulimie. Puis elle a des sensations de lourdeur dans les jambes, des crampes dans les mollets ; elle stepe

légèrement ; les mains présentent du tremblement ; la palpation des masses musculaires détermine de la douleur ; les reflexes rotuliens sont très diminués ; la sensibilité cutanée est un peu exagérée. L'état gastrique s'aggrave, les vomissements acides sont très fréquents, les douleurs dans la région épigastrique très vives ; on trouve constamment du liquide dans l'estomac. La malade maigrit : son poids, qui est ordinairement de 72 kilogrammes, tombe à 51 kg. puis à 45 kg. Les phénomènes douloureux au niveau des membres augmentent ; les muscles des membres inférieurs s'atrophient. La malade présente alors de l'amnésie, qui porte sur les événements récents ; les souvenirs anciens sont assez bien conservés. Elle n'a pas de confusion ni d'altération du jugement. Mais elle est morne, apathique, somnolente et a parfois des lipothymies. Sous l'influence de lavages d'estomac, l'état gastrique s'améliore, les vomissements cessent, et, en même temps, les troubles moteurs s'amendent et l'amnésie s'atténue. La malade donne des renseignements sur l'histoire de sa maladie, elle se souvient de faits observés et de paroles entendues alors que l'amnésie était le plus prononcée. Elle arrive enfin à marcher seule.

On ne trouve chez cette malade aucune intoxication d'origine externe, aucune infection récente, pour expliquer le développement des troubles mentaux, mais seulement l'existence de troubles sécrétoires graves de l'estomac, présentant le tableau de la maladie de Reichmann. L'auto-intoxication gastrique peut donc engendrer une polynévrite et même une psychose polynévritique.

II

M. Régis à propos de la discussion, qui a occupé la dernière séance, sur les *rapports du délire hypocondriaque et des lésions organiques*, communique une observation. Il s'agit d'un homme de souche neuro-arthritique, qui est actuellement âgé de 67 ans. Cet homme, arthritique lui-même, s'est toujours montré très impressionnable ; il restait longtemps hésitant avant de prendre une détermination, et, comme il était négociant, il avait chaque jour l'occasion de souffrir de ses perplexités. En 1899, après qu'il eut pris un associé très entreprenant, les préoccupations que lui causaient ses affaires augmentèrent. Il se crut sur le chemin de la ruine et fit une crise de neurasthénie anxieuse. Pendant un voyage que lui fit alors faire sa famille, pour le distraire, ses inquiétudes s'accrurent, il eut des hallucinations de tous les sens et présenta un délire de persécution en quelque sorte aigu, une *paranoïa aiguë* ; au cours de ce délire, il voulut plusieurs fois se suicider. L'année suivante son état s'améliora au point que sa famille put le considérer comme guéri. Il reprit la direction de ses affaires et travailla activement. Mais en 1901 les mêmes inquiétudes et les mêmes symptomes neurasthéniques qu'il avait déjà éprouvés, réapparurent. Envoyé en Espagne, il fut repris d'hallucinations et de délire. Depuis, il est resté interné.

En 1903, alors que les idées délirantes qu'il avait jusque là présentées, idées de persécution et idées de culpabilité, surtout de culpabilité religieuse, s'effaçaient peu à peu, des idées hypocondriaques se développèrent chez lui. Persuadé qu'il avait l'œsophage obturé, il était pris, à l'approche des repas, d'une vive anxiété, et ne consentait que difficilement à s'alimenter. Il disait, d'abord, avoir de la colle dans l'œsophage ; plus tard, il déclara que ce conduit était solidifié, *métallisé*, qu'il n'existait plus. Croyant mourir à chaque repas, il manifestait son inquiétude de n'avoir pas le temps de faire venir un prêtre pour se

confesser. En même temps, ce malade demeurait parfaitement lucide et très sociable. Depuis quelques mois, il exprime quelques idées qui se rapprochent des idées d'énormité. Il prétend que sa mort va causer un tel scandale que l'on voudra détruire sa famille dans l'incendie de sa maison, et que le feu se propageant à la ville, détruira le pays tout entier. Ce sont là des idées de grandeur à base mélancolique, que l'on peut appeler *idées de mégalomélancolie.*

Or, chez ce malade, qui est un arthritique et qui présente des signes d'artério-sclérose (arc sénile, intermittences, éclat métallique du second bruit, pollakuirie, polyurie, etc.), nous avons constaté à l'aide de la radioscopie et de la radiographie l'existence d'une dilatation aortique déterminant un rétrécissement de l'œsophage, probablement spasmodique. C'est précisément, au siège de ce rétrécissement que le malade localise les sensations qui sont la base de ses idées hypocondriaques.

Ce malade délirait depuis longtemps. Les lésions viscérales n'ont donc pas créé le délire. Mais les sensations qu'elles provoquaient ont donné lieu à des interprétations délirantes, qui ont persisté parce que leur cause persistait. Ces lésions ont donc eu, dans ce cas, un rôle d'orientation et de fixation du délire.

M. Vallon : Cette très intéressante observation est la confirmation complète de la thèse que nous avons soutenue, M. Arnaud et moi, dans la dernière séance. Les lésions viscérales orientent et localisent le délire. Le sujet, qui délirait depuis longtemps, a localisé son délire sur ses lésions ; le délire a été modifié, mais non créé, et, si ces lésions ne s'étaient pas produites, l'évolution de ce délire aurait pu être tout autre.

M. Arnaud : Par orientation du délire, j'entends non la forme du délire, mais son orientation topographique. Ce malade a présenté pendant plusieurs années un délire de forme triste, de l'hypocondrie morale, puis, sous l'influence de lésions organiques, il a fait de l'hypocondrie physique ; il est allé ensuite jusqu'au délire d'énormité. Les lésions périphériques ou viscérales ne déterminent donc pas la forme du délire, mais sa localisation.

M. Toulouse demande si le malade de M. Régis a présenté des signes d'affaiblissement intellectuel.

M. Régis : Ce malade, et c'est là une des particularités intéressantes de son histoire, depuis six ans qu'il délire, n'a présenté aucun signe d'affaiblissement intellectuel. Il a maintenant 67 ans. Il est capable de donner les indications les plus judicieuses et les meilleurs conseils sur tout ce qui ne se rapporte pas à son délire.

M. Vallon : Il faut remarquer l'aggravation qui s'est produite chez le malade au cours de son voyage. Ce cas est fréquent. L'état des neurasthéniques s'aggrave quand ils voyagent. J'en ai connu un qui s'est suicidé au cours d'un voyage.

M. Régis : C'est, en effet, une mauvaise pratique que de faire voyager les délirants. Pendant la convalescence seulement, le voyage peut être utile en servant de transition entre l'internement et le retour à la vie ordinaire.

M. Colin fait remarquer que Charcot a déjà émis cet avis, à propos des neurasthéniques et des mélancoliques anxieux que le voyage est un traitement dangereux.

III

M. Thivet : *Simulation sur une base morbide.* — L'observation que rapporte M. Thivet vient à l'appui de cette opinion de Lasègue : *il*

faut être aliéné pour être simulateur. Un soldat de 22 ans, fils d'un alcoolique mort paralytique général, débile instable, exerçant la profession de camelot et vivant d'expédients, ayant subi plusieurs condamnations, arrive au corps après avoir fait des excès de boissons. Il se met à faire des grimaces, des extravagances, à prendre des attitudes grotesques et déclare qu'il a mal « dans la tête », qu'il a des cauchemars. Il est mis en observation à l'hôpital, puis réformé au bout de cinq mois, et interné. Il avoue alors qu'il a simulé l'aliénation dans le dessein d'obtenir d'être réformé et se montre très désappointé de se trouver interné. Les jours suivants il semble bizarre, agité et présente un accès typique d'excitation maniaque. Vers la fin de cet accès, il demande instamment d'être renvoyé dans son régiment pour échapper à l'asile, et écrit à l'adresse de son ancien colonel une lettre le suppliant de lui pardonner sa conduite et de le réintégrer dans son régiment. Il donnait ainsi la preuve que, si les actes extravagants qu'il avait commis avant l'internement appartenaient à la simulation, l'accès d'excitation maniaque survenu à l'asile était bien un trouble pathologique.

M. Briand a vu un marin qui simulait des crises épileptiques et qui était épileptique. Cet homme se rappelait les crises qu'il avait simulées et ne gardait aucun souvenir des crises réelles qu'il avait subies.

Sur un rapport de M. Vigouroux, M. Page est nommé membre correspondant de la Société.

G. Collet.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE PARIS

Séance du 1er mars 1906

Ophtalmoplégie dans les actes volontaires. — MM. G. Ballet et Taguet présentent deux malades atteints d'ophtalmoplégie externe, mais pour les mouvements volontaires seulement. Ils pensent qu'il s'agit là de phénomènes organiques et que la dissociation résultant de la perte des mouvements volontaires avec conservation des mouvements automatiques, n'est pas un signe suffisant pour établir le diagnostic de paralysie fonctionnelle (hystérique).

Psychose polynévritique lépreuse. — MM. de Beurmann, Roubinovitch et Gougerot décrivent les troubles mentaux constatés chez un lépreux à l'autopsie duquel ils ont trouvé une polynévrite interstitielle et parenchymateuse due au bacille de Hansen, mais pas de lésion centrale.

Ces troubles ont été ceux du syndrome de Korsakoff (amnésie antérograde avec conservation de la mémoire des faits anciens, affaiblissement psychique, délire hallucinatoire).

La fugacité des impressions hallucinatoires contrastait avec la dépression stable due à l'état cœnesthésique habituel des lépreux.

M. P. Marie, dans un cas de lèpre avec délire, a trouvé et décrit des lésions médullaires.

M. G. Ballet, à cause de la complexité du cas, fait quelques réserves sur la dénomination de psychose polynévritique lépreuse.

Deux cas de tic convulsif persistant pendant le sommeil. — M. R. Cruchet, dans deux cas, a observé que le sommeil atténuait les tics, mais ne les faisait pas disparaître complètement, comme cela est généralement admis. Les rêves du tiqueur sont peut-être producteurs de tics.

L'auteur a déjà noté la continuation pendant le sommeil des tics rythmés du cou qui semblent se différencier des tics communs, et pour lesquels il a proposé le nom de *rythmies;* mais sur une observation de M. H. MEIGE, il insiste sur le fait, que dans les cas actuels, il s'agit bien de tics vrais et non de rythmies. J.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 12 mars 1906

De la protection des médecins experts commis par les juges d'instruction contre les actions téméraires en dommages-intérêts. — M. FÉLIX DECORI n'est pas partisan de l'immunité de l'expert, parfois assigné en dommages-intérêts devant le tribunal civil, pour des opinions consignées par lui dans son rapport.

L'expert est un technicien et donne seulement un avis consultatif que le magistrat peut accepter ou rejeter. On ne lui demande jamais compte de la décision du juge, mais de son opinion scientifique, des faits qu'il a affirmés à tort, prétend-on.

Le médecin-expert qui commet une faute lourde engage sa responsabilité vis-à-vis de son client. Sans doute il est exposé aux effets de la cupidité et de la rancune, mais c'est là un inconvénient inhérent à ses fonctions : L'expert ne peut avoir de meilleur protecteur que lui-même s'il se cantonne étroitement dans les limites de son mandat, s'il observe rigoureusement la réserve qui convient à la science, et s'il résiste toujours à l'inconsciente tentation de se faire l'auxiliaire de la juridiction répressive, c'est l'œuvre personnelle de l'expert poursuivi de démontrer qu'il n'a commis aucune faute. J.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(20 mars 1906)

Présentation d'un dégénéré. — MM. GUINON et CHASTAGNOL présentent un idiot microcéphale avec inertie musculaire complète, dont la mère a eu pendant sa grossesse une broncho-pneumonie très grave. J.

RÉUNION BIOLOGIQUE DE NANCY

(13 février 1906)

Développement anormal des organes génitaux chez un dégénéré de 9 ans. — M. HAUSHALTER rapporte l'observation d'un enfant de 9 ans heredo-syphilitique, fils d'alcoolique, atteint de débilité mentale, et de troubles moteurs consécutifs à des accidents cérébraux survenus à l'âge de six mois, chez lequel, au cours de la 8e année, les organes génitaux subirent un développement extraordinaire. Les organes génitaux avaient le développement de ceux d'un adulte tandis que la taille (1m18) était légèrement inférieure à la moyenne de la taille ordinaire à l'âge du sujet. J.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE BRUXELLES

(24 février 1906)

Traumatisme physique et moral chez deux sujets en puissance d'alcoolisme. — M. CROCQ rapporte l'observation de deux buveurs d'habitude chez qui l'équilibre psychique fut rompu à la suite d'un traumatisme dans le premier cas, d'une violente émotion dans le second

Après le traumatisme, le premier malade présenta de l'anxiété et plusieurs crises de délire alcoolique aigu. Ayant été attaqué par deux malfaiteurs qui voulaient le dévaliser, le second se débarrassa de ses agresseurs sans le moindre dommage somatique; mais dès le lendemain, il fut pris du délire mélancolique, avec agitation anxieuse, crainte de la mort et signes physiques de l'intoxication éthylique. Cet état dura trois semaines. J.

REVUE DES PÉRIODIQUES

PÉRIODIQUES DE LANGUE FRANÇAISE

PSYCHIATRIE.

Annales médico-psychologiques
(54e année, n° 2, mars-avril 1906).

NINA-RODRIGUÈS. — **La psychose polynévritique et le béribéri.** — Contrairement à l'opinion d'un écrivain justement estimé, M. Patrick Manson, l'auteur a constaté que la polynévrite infectieuse du béribéri se complique assez fréquemment de troubles mentaux (syndrome de Korsakow). Au Brésil, les troubles psychiques du béribéri ont été décrits à une époque antérieure à l'apparition du mémoire de Korsakow, par Silva Lima et Erico Coelho, sans que cependant ces derniers aient eu le souci de caractériser et d'identifier un syndrome mieux connu depuis, par l'analyse exacte et précise du psychiatre russe. Quoique toutes les formes classiques de la psychose polynévritique admises par Gilbert Ballet puissent se trouver dans le béribéri, c'est la forme amnésique qui est la plus fréquente. L'amnésie appartient généralement au type clinique décrit par Korsakow; cependant, dans les cas graves de béribéri, elle est parfois totale et plus ou moins définitive.

L'opinion de M. Patrick Manson avait pour conséquence de faire éliminer le diagnostic de béribéri dans les cas de polynévrite s'accompagnant d'amnésie; ce qui, au point de vue thérapeutique, pouvait avoir les conséquences les plus graves. Au Brésil, éloigner promptement le béribérique du lieu où il a contracté la maladie est un moyen de traitement d'une efficacité qui ne se discute plus, et le déplacement immédiat n'est pas indiqué dans le traitement des polynévrites en général.

BESSIÈRE. — **Les stéréotypies démentielles.** — La distinction entre les confus et les déments est peut-être difficile quand on se trouve en présence d'aliénés qu'on ne connaît pas; mais le doute n'est pas durable à condition de se renseigner, parallèlement aux interrogatoires, sur l'attitude et la manière d'être des malades. Ce double contrôle permet de ranger parmi les déments tous les aliénés qui, soit dans l'expression de leur pensée, soit dans leur mimique, se montrent essentiellement des routiniers, des automatiques répétant indéfiniment la même phrase, le même geste, le même mouvement. Toutefois, dans certaines affections non démentielles (début du délire épileptique, folie maniaque dépressive), on observe des stéréotypies de courte durée; et la *permanence* est un élément très important au point de vue du diagnostic et du pronostic de la démence. Tel est le résumé des considérations qui encadrent d'intéressants exemples de stéréotypies démentielles.

GIMBAL. — **Les incendiaires** *(Suite)*. — Observations d'incendiaires alcooliques, épileptiques et pyromanes.

LAGRIFFE. — **Considérations sur quelques points de la responsabilité.** — Au point de vue juridique, la notion de la responsabilité atténuée peut être commode. D'après l'auteur, elle est critiquable au point de vue purement scientifique; mais, s'il n'y a pas d'individus partiellement responsables parce qu'il n'y a pas de maladies partielles de l'esprit, il y a des arriérés pédagogiques et des sujets incapables de concevoir la complexité des lois de la société où ils vivent. A l'égard de ces derniers, la juridiction répressive devrait être indulgente et tend, en fait, à le devenir. Est-ce bien, d'ailleurs, au médecin aliéniste que revient la double mission d'apprécier comment la loi doit être appliquée aux arriérés et aux débiles, et de pourvoir ensuite à leur surveillance et à leur traitement? Notre vieux système pédagogique, qui veut que des individus du même âge fassent les mêmes études, n'est-il pas foncièrement mauvais?

Nous reconnaissons avec l'auteur que ce système ne vaut rien pour les arriérés et les débiles; mais nous lui laissons le soin de résoudre le délicat problème suivant : Etant donné que l'Etat doit fournir gratuitement et en très peu d'années à tous les enfants une instruction et une éducation qui puissent guider l'homme fait au travers des écueils de la vie sociale, indiquer les procédés pratiques et *d'application fatalement très générale* grâce auxquels les mauvais : 1° seront sélectionnés des moyens ou des bons; 2° seront ramenés, dans la mesure du possible, à un niveau médiocre, mais suffisant. Cela fait, il en demeurera un certain nombre dont l'aliéniste sera toujours le protecteur le plus autorisé; et jusque-là, c'est encore le plus souvent grâce aux rapports des médecins d'asile, familiarisés avec l'étude des états de débilité mentale, que les magistrats trouveront des formules relativement équitables, malgré leur imperfection, pour appliquer les lois répressives.

Archives de neurologie (février 1906, XXI, 2e série, n° 122).

AUBRY et LUCIEN. — **Imbécillité et épilepsie consécutives à un kyste hydatique de la dure-mère à parois ossifiées.** — Intéressante observation clinique et anatomique d'un cas de *kyste hydatique*, trouvé à l'autopsie d une femme de 38 ans, imbécile et épileptique depuis l'âge de 7 ans. Ce kyste, entouré d'une coque osseuse et devenu caséeux, occupait le 1/5 de la cavité crânienne et avait arrêté le développement de l'hémisphère droit. « Le syndrome idiotie-épilepsie est » assez rarement secondaire à des tumeurs endocrâniennes dévelop- » pées dans le jeune âge et il est exceptionnel que le malade atteigne » un âge aussi avancé. »

Mlle LIPINSKA. — **Gastrite hystérique traitée par la psychothérapie.** — Après quelques considérations générales à propos de l'hypnotisme thérapeutique, l'auteur rapporte l'observation d'une femme de 42 ans atteinte d'anorexie hystérique, et qui fut améliorée par quelques séances courtes de suggestion. La durée d'amélioration n'est pas notée, la malade n'ayant pas été suivie.

A. MARIE et Mlle PELLETIER. — **Mal perforant et paralysie générale.** — Observations cliniques avec quelques considérations montrant l'obscurité de la pathogénie des ulcérations suppuratives dans la paralysie générale. « La cure de certaines suppurations en général et celle » des maux perforants en particulier, peut coïncider avec des remis-

» sions consécutives. Quant à l'explication véritable, nous la laissons » à une pathologie mentale, plus avancée que la nôtre. » (Voir à ce sujet MARIE et PELLETIER : *le mal perforant dans la P. G. — Revue de Psychiatrie*, 1905, 11, novembre).

L'Encéphale (janvier-février 1906, n° 1).

KLIPPEL et ANTHEAUME. — **Sur la valeur des lésions anatomiques en pathologie mentale.** (*Un cas de délire systématisé avec artérite cérébrale hypertrophique progressive*). — Un homme interné à 37 ans pour délire systématisé de persécution et de grandeur est frappé à 49 ans d'hémiphlégie gauche, et meurt subitement à 55 ans après un ictus apoplectiforme. L'autopsie révèle que la mort est la conséquence d'une hémorragie méningée récente, qu'il existe une dégénérescence systématisée du faisceau pyramidal gauche; enfin, que les grosses artères de la base de l'encéphale ont des parois très hypertrophiées et un calibre extrêmement retréci : dans les parois des vaisseaux hypertrophiés; des amas de cellules rondes marquent un processus inflammatoire. Les auteurs estiment que *l'artériopathie est l'une des réactions multiples produites par un même agent pathogène et parmi lesquelles doivent figurer les lesions qui ont été suffisantes à produire le délire.* C'est résoudre pour un cas particulier l'un des plus importants problèmes que soulève la pathologie mentale. Toutefois, l'observation très intéressante au point de vue de l'évolution des différents troubles cliniques et de l'examen micrographique, ne nous renseigne ni sur l'hérédité, ni sur les acquisitions pathologiques du malade avant l'internement. L'hypothèse, très vraisemblable d'ailleurs, défendue par K. et A... ne soulèverait aucune objection si nous étions sûrs que des causes diverses n'ont pas présidé au développement des divers accidents.

ANTHEAUME et PARROT. — **Le delirium tremens chloralique et son traitement.** — Observation de delirium tremens *a suspenso*, montrant les dangers du sevrage brusque chez les grands chlorolomanes. Autre point intéressant le malade d'A. et P. a présenté à deux reprises un complexus symptomatique rappelant celui de la paralysie générale (syndrome paralytique fugace de Klippel).

DUPRÉ et R. CHARPENTIER. — **Les ivresses délirantes transitoires d'origine alcoolique.** — Des deux observations rapportées par les auteurs, la première, la plus complète, présente un intérêt médico-légal tout particulier. Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans qui, pendant un rêve délirant déterminé par une ivresse fortuite (des amis avaient versé une certaine quantité de rhum dans le verre de bière du malade) vint s'accuser au commissariat de police d'un sextuple meurtre imaginaire. Armé d'un couteau de boucher pendant cette crise psychopathique de 20 heures, le malade pouvait le plus facilement du monde, sous l'influence de son délire, commettre un homicide réel.

La mise en évidence du caractère involontaire de l'ivresse au sujet de la responsabilité du meurtrier dans de tels cas, est un élément d'appréciation d'une importance capitale.

KLIPPEL et LEFAS. — **Altération cytologique du sang dans les maladies mentales.** — Les études sur le sang des aliénés sont relativement peu nombreuses. Les auteurs, sans compter leur contribution personnelle, passent en revue les travaux de Dide, Camus et Lhermitte, Pighini et Paoli, Sandri, Bruce, Obici et Bonon, Scarpini, Sabrazès et Mathis, etc. Ils insistent, dans leurs conclusions, sur l'importance de la

technique et sur la nécessité de préciser les résultats obtenus au point de vue de la signification en pathologie mentale.

Quand on connait la prédominance des polynucléaires dans les maladies aiguës, des mononucléaires et des lymphocites dans les maladies subaiguës et chroniques, l'éosiniphilie des maladies constitutionnelles, des infections et des intoxications chroniques, etc., il est souvent possible par l'examen hématologique de confirmer la nature d'une maladie soupçonnée pour d'autres raisons comme étant à l'origine des troubles mentaux. L'examen du sang est utile au diagnostic pathogénique et clinique, au pronostic et à la thérapeutique.

Revue de médecine légale psychiatrique, février 1906, n° 1.

REGIS. — **La neurasthénie traumatique chez les artério-scléreux.** — La loi du 9 avril 1898 est muette sur l'importance de l'état de santé antérieur à l'accident chez les victimes du travail. Les tribunaux ont jusqu'ici résolu la question en sens divers et par précaution, les employeurs sélectionnent leur personnel avec une rigueur préjudiciable à l'état social.

La neurasthénie et l'artério-sclérose coexistent fréquemment. Elles dérivent de sources communes (arthritisme, toxi-infections, surmenage). Il arrive souvent que le traumatisme professionnel met en évidence une neurasthénie jusque-là discrète chez un artério-scléreux. Il est donc nécessaire que le médecin expert recherche dans les cas de neurasthénie traumatique l'existence de l'artério-sclérose et signale l'influence qu'a pu avoir ce facteur de production ou d'aggravation sur l'état neurasthénique consécutif à l'accident. La notion des rapports de la neurasthénie traumatique et de l'artério-sclérose établit nettement que les individus ne sont pas égaux devant le traumatisme, et que dans l'ensemble des troubles morbides constatés après l'accident, il faut faire deux parts : l'une qui revient au traumatisme, l'autre à l'état antérieur. Enfin, la neurasthénie traumatique survenant chez des artério-scléreux offre des caractères particuliers de ténacité et de gravité.

JEANSELME. — **La sorcellerie en Extrême-Orient.** — Les devins, les inspirés, les prophètes pullulent en Birmanie, au Siam et en Indo-Chine. La profession de sorcier est fructueuse, malgré que les codes indigènes aient prescrit contre elle des mesures très sévères, non appliquées du reste à cause même de cette rigueur. Les principales pratiques pour lesquelles le peuple a recours au sorcier sont l'horoscope des nouveaux-nés ; la conjuration des mauvais esprits, de la stérilité ; la protection du bétail et des moissons ; la détermination de la place et de l'orientation qu'il convient de donner aux sépultures.

Revue neurologique (XIVe an. n° 4, 28, 2, 1906).

G. BLIN. — **Les troubles oculaires dans la démence précoce.** — A côté de troubles passagers, les plus fréquents, l'auteur pratiquant des examens successifs chez les mêmes malades observés à plusieurs reprises et à des intervalles assez éloignés, a noté certains symptômes stables. Le plus fréquent de ces symptômes est le signe d'Argyll sans inégalité pupillaire (13 °/. des cas) puis l'inégalité et la mydriase (7 °/. des cas). On noterait plus rarement le myosis, l'affaiblissement simultané des deux réflexes et la dissociation contraire au signe d'Argyll.

Journal de neurologie de Bruxelles (30 février 1906. 11e an. n° 4).

DECROLY. — **Contribution au diagnostic des irrégularités mentales.** — Les mesures anthropométriques faites sur 33 enfants fréquentant un établissement spécial pour des troubles divers, confirment nettement les observations de Binet. Le procédé de cet auteur tire son grand mérite de ce qu'il est facile et rapide, conditions indispensables pour qu'il entre dans la pratique. Il serait bon pourtant de trouver un procédé de contrôle plus précis.

Journal de Psychologie normale et pathologique
(3e année. n° 2. mars-avril 1906).

INGEGNIEROS. — **Les troubles du langage musical chez les hystériques.** — Les dysmusies hystériques peuvent être divisées, comme les dysphasies communes, en trois grands groupes : *amusies*, *hypermusies* (exagérations pathologiques du langage musical), *paramusies* (aberrations musicales), Elles ont le caractère spécifique de tous les troubles hystériques ; ce sont des syndromes fonctionnels et non anatomiques. L'amusie peut être totale, sensorielle, motrice pure ou combinée à des perturbations du langage articulé verbal. Les hypermusies sont rares et se manifestent sous forme d'impulsions musicales ou de mélodisation incoercible du langage parlé. Les paramusies sont des obsessions, des phobies ou des associations érotico — ou convulsivo-musicales. La classification proposée par l'auteur sert de cadre à 15 intéressantes observations d'hystériques atteints de trouble du langage musical.

Annales medico-chirurgicales du centre. — 21 janvier 1906.

OLIVIER. — **Un cas d'obsession hallucinatoire à forme de perversion sexuelle (bestialité).** — Intéressante observation dans laquelle il faut noter la complexité de l'image hallucinatoire à chaque paroxysme. Toutes les fois qu'elle est en proie à l'idée obsédante de l'accouplement avec un animal, la malade éprouve un ensemble de fausses perceptions intéressant la vue, le toucher et la sensibilité génitale. Des idées *raisonnables* de suicide, avec commencement d'exécution ont été la conséquence de cet état pathologique.

Archives générales de Médecine (27 mars 1906 ; 83e année, n° 13).

ARSIMOLES. — **Deux cas de mélancolie anxieuse.** *(Sitiophobie intermittente à périodicité régulière. Double personnalité coexistante).* — Deux observattons détaillées de mélancolie anxieuse recueillies à l'asile de Leyme (Lot). D'après l'auteur, l'intérêt de la seconde observation réside dans le dédoublement de la personnalité qui se perpétue au-delà de la durée du délire de possession. La malade rattache à elle-même deux personnes : l'une qui a vécu 60 ans et ressemble à tout le monde ; l'autre, qui est criminelle depuis la création du monde et le sera éternellement.

Le Bulletin médical
(17 et 21 mars 1906, 20e année, nos 21 et 22).

DE BEURMANN, ROUBINOVITCH et GOUGEROT. — **Les troubles mentaux dans la lèpre.** — D'une observation de lèpre tégumentaire et nerveuse, s'accompagnant de troubles mentaux, et minutieusement étudiée, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique, les auteurs tirent les conclusions suivantes : La polynévrite lépreuse se rapproche des autres polynévrites et peut s'accompagner du syndrome mental

dit psychose polynévritique. Ce syndrome est caractérisé par une amnésie d'évocation et d'assimilation, par de l'apathie et un défaut d'attention volontaire, par des manifestations délirantes d'origine hallucinatoire.

De par son étiologie lépreuse, cette psychose présente les particularités suivantes : début tardif, pronostic fatal, fixité d'un état cœnesthésique fait de dépression. Au point de vue anatomique, c'est une polynévrite presque pure, les centres nerveux ne présentant que des lésions minimes ou sans caractère.

La pathogénie est aussi obscure que celle de toutes les psychoses polynévritiques en général; la prédisposition est nécessaire, la polynévrite certaine, la toxémie probable.

La Clinique (23 mars 1906).

ANDRÉ-THOMAS. — **Technique de la ponction lombaire.** — Article de vulgarisation : Exposé court et lucide du procédé opératoire et des précautions à prendre après la ponction.

TH. SIMON. — **Conseils pratiques à propos du gatisme.** — Le gatisme, chez un certain nombre d'aliénés, n'est pas une marque d'affaiblissement intellectuel. La fréquence et la gravité de ce symptôme n'existent qu'à l'inverse des soins dont le malade est entouré. Qu'il s'agisse de délirants ou de déments, la présentation régulière du vase facilite la reprise ou la conservation des habitudes de propreté. Il faut aussi surveiller la vessie afin d'éviter l'incontinence d'urine par regorgement, s'opposer à la gloutonnerie des paralytiques et régulariser les selles par des lavements. Lorsqu'on ne peut vraincre le gatisme, de grands soins de propreté sont nécessaires : Les gateux bien soignés et fréquemment changés de linge n'ont pas d'escarres.

Gazette des hôpitaux (22 février 1906).

A. MATHIEU et J.-CH. ROUX. — **Sur quelques variétés de vomissements hystériques.** — Les caractères les plus fréquents de ces vomissements sont : la persistance, la rapidité après le repas, la facilité, la régularité et le bon état général. On les observe chez les enfants, soit par contagion, soit par simulation plus ou moins consciente (pour ne pas aller à l'école). Parmi les vomissements incoercibles de la grossesse, il en est, d'origine hystérique, qui guérissent par l'isolement. Les auteurs signalent enfin les vomissements aérophagiques dont ils rapportent une observation avec guérison rapidement obtenue grâce à la bonne volonté du malade.

L'hygiène scolaire (janvier 1906).

J. RIBET. — **L'éducation des enfants arriérés.** — En dehors des idiots et des imbéciles qni ne relèvent que de la médecine, il existerait en France 40.000 « enfants arriérés », d'esprit étroit, d'intelligence bornée, de sens moral rudimentaire ayant besoin d'une éducation particulière. Parents et maitres ignorent souvent le caractère anormal de la mentalité de ces arriérés pour lesquels il y aurait intérêt à organiser des classes spéciales dirigées par un personnel également spécialisé et prévenu des difficultés de sa tâche. La sélection serait faite dans les classes communes, et après enquête de l'inspecteur primaire, les parents seraient discrètement avertis de l'utilité qu'il y aurait à placer leurs enfants dans une « classe dite préparatoire ».

Grâce à l'initiative du Dr Gaurand et après avoir examiné les conclusions d'un rapport de M. Chabot, inspecteur général de l'instruction

publique, M. Chaumié a chargé une commission spéciale d'étudier les moyens pratiques destinés à sélectionner les enfants arriérés et à organiser l'éducation convenant à ces sujets.

Presse Médicale (17 février 1906).

J. Ingegnieros. — **Les prétendus symptômes de l'hémiplégie hystérique.** — Un homme de 24 ans est frappé d'apoplexie avec hémiplégie droite. Le premier médecin qui voit le patient diagnostique une hémorragie cérébrale et le dirige vers l'hôpital. Admis dans le service de l'auteur, le malade sort brusquement de l'état apoplectique et n'est plus, au bout de 24 heures, qu'un hémiplégique droit, aphasique, adapté à sa lésion. Tenant compte de cette brusque transformation, I... fait le diagnostic d'hémiplégie hystérique, malgré un ensemble de signes plaidant en faveur d'une lésion, et en particulier malgré l'existence du signe de Babinski. La guérison par le sommeil hypnotique montre le bien-fondé de cette hypothèse, pour laquelle répond, en outre, tout le passé du sujet. Détail quelque peu décourageant pour les bons cliniciens, le malade fit une rechute, comme il était à prévoir, et malgré le succès de la première cure, les parents s'adressèrent alors à un médecin qu'ils évitèrent soigneusement de mettre au courant du passé, et qui prescrivit naturellement de l'hydragyre et de l'iodure de potassium. Une seconde guérison ne fut obtenue que grâce encore à la psycho-thérapie ; mais on avait donné des médicaments et la famille fut plus rassurée.

Progrès médical (35e année, n° 10, 10 mars 1906).

Terrien. — **Accidents hystériques d'imitation.** — Les gros accidents de l'hystérie sont souvent le produit de l'imitation. C'est un fait bien connu, mais dont l'affirmation partout répétée ne diminue pas l'intérêt des quelques très curieuses observations rapportées par l'auteur. On ne saurait trop attirer l'attention des médecins sur la facilité avec laquelle les hystériques succombent à la contagion mentale. (Nous préférons, au terme imitation, le terme contagion, qui exprime mieux le caractère spontané et automatique de la répétition des troubles morbides.)

Terrien rapporte successivement l'histoire d'un malade qui devint astasique-absasique pour avoir été le voisin d'une vieille paraplégique; celle de six jeunes pseudo-coxalgiques habitant le même village qu'une coxalgique véritable, placée dans un appareil plâtré; celle d'une polyurique hystérique de qui le père était atteint de diabète sucré; celle d'une malade qui présenta pendant six mois la respiration de Cheyne-Stokes pour avoir entendu dépeindre ce symptôme ; celle d'une hystérique enceinte chez qui les vomissements incoercibles cessèrent après un avortement simulé et qui accoucha heureusement dans la suite; celle d'un homme opéré pour une pseudo-appendicite. L'hystérie est très fréquente dans le Bocage vendéen, et la psychothérapie fait merveille dans la clientèle ordinaire de l'auteur. Mais malgré les succès de la thérapeutique suggestive, il faudrait autant que possible, pour couper court aux accidents, éviter de parler maladies en face d'hystériques; malheureusement, cette méthode préventive nous paraît d'une application peu aisée.

P. Juquelier.

PSYCHOLOGIE.

Archives de Psychologie (t. V, nos 18 et 19).

E. Claparède. — **Agrandissement de la lune à l'horizon.** — L'auteur a fait une mise au point critique très complète de la question,

discutée depuis tant de siècles, de l'agrandissement apparent de la lune à l'horizon. La bibliographie comprend 78 travaux et, depuis, il en a adjoint 7 nouveaux, soit 85.

M. Claparède y a ajouté une explication psychologique intéressante, sans jeu de mots, en ce qu'il fait appel au fait psychologique de l'intérêt, qu'il considère comme le principe de l'activité mentale. Il peut se produire d'ailleurs une collaboration du contraste de la lune avec la grandeur du fond (plus considérable au zénith) et de l'intérêt qu'on prend à l'astre à l'horizon parce qu'il apparait alors comme un objet terrestre.

Théorie séduisante, étant donné que des mesures du diamètre de la lune ont bien montré qu'il n'y avait là qu une illusion, et que Claparède a perdu cette illusion à force de l'analyser. Provisoirement au moins, l'hypothèse peut être considérée comme ayant le plus de chances d'être exacte.

Id. (t. V, n° 19, 20 janvier 1906).

M. C. SCHUYTEN. — **La question de l'enseignement intuitif.** — D'expériences faites par M. Schuyten sur l'établissement de la notion de nombre, soit par la méthode auditive abstraite, soit par une méthode visuo-auditive, avec emploi du boulier compteur, il résulte que la deuxième méthode donnant de moins bons résultats, le dogme éducatif, dès lors, d'après lequel une notion est d'autant mieux conçue qu'elle a été perçue par le plus de sens, n'est pas fondée. Mais à vrai dire, les expériences en question, qui avaient trait à la répétition, orale ou écrite, des nombres, atteignaient la mémoire des nombres beaucoup plutôt que leur intelligence, et l'on n'est pas en droit de conclure des expériences faites à la « notion » des nombres.

D'autres expériences analogues, et qui ne sont pas non plus sans être sujettes à la critique, il résulterait qu'une notion de nombre, pour être perçue et retenue avec fruit par l'esprit, devrait être présentée de la façon la plus concentrée. Confirmation, au passage, de ce fait que les filles ont une mémoire des mots plus forte que les garçons (Netschœjeff et Lobsien).

ZBINDEN. — **Le nervosisme.** — L'article de Z... sur la conception psychologique du nervosisme, très personnel, très vivant parce que réellement vécu, est intéressant et même instructif. Il montre combien, en matière de « demi-responsables », la notion bien comprise du déterminisme permet de conduire à la charité pour le prochain et à cet esprit de bonté, « arme toute puissante », qui serait la base de l'art de vivre, selon l'auteur, c'est-à-dire de travailler à son propre bonheur en s'occupant de celui des autres. Quelques conseils très justes sur la « rééducation psychologique » des nerveux, la lutte contre la *fatigabilité* par l'entraînement, la *tristesse* nerveuse par la résignation, l'*anxiété* par le raisonnement et la confiance, l'*aboulie* par l'exercice, l'*émotivité* par l'isolement, l'*irritabilité* par la notion du déterminisme ; et sur la transformation enfin de l'*autosuggestibilité* en une réelle maîtrise de soi.

Revue de Philosophie (1er mars 1906, n° 3).

MENTRÉ. — **La découverte des phénomènes dits inconscients.** — Mentré regrette, et avec raison, qu'il ne se soit trouvé personne pour écrire une histoire de la psychologie française contemporaine, alors qu'on l'a fait pour la psychologie allemande, la psychologie anglaise et même la psychologie italienne. On a eu trop de tendance à croire, à cause du masque hypocrite imposé par Cousin à la psychologie officielle, que la psychologie scientifique est longtemps restée étrangère à notre nation. En fait, c'est là, au contraire, que fut son premier berceau.

Et, en particulier, l'auteur montre combien d'idées intéressantes et fécondes se rencontrent chez Maine de Biran, qui a découvert le domaine du subconscient en psychologie avant 1810. Biran est en réalité « le père de l'automatisme psychologique ».

E. Tassy. — **L'activité intellectuelle.** — Tassy s'est lancé dans un essai un peu vague, et d'une terminologie scientifique souvent sujette à caution, sur le mécanisme de l'activité intellectuelle, où il fait rentrer tous les phénomènes psychologiques, de la sensation à l'action. Il n'y a, au fond, rien à tirer de cette étude.

H. Piéron.

PÉRIODIQUES ETRANGERS

PÉRIODIQUES ALLEMANDS.

Berlin. Klin. Wochenschrift (1905 n° 41).

Mendel. — **Observations de maladie de Friedreich chez des frères et sœurs.** — Dans deux familles l'auteur a observé le frère et les sœurs dans le premier cas, les 2 sœurs dans l'autre, atteints de maladie de F. Hérédité similaire dans un cas.

Centralblatt fur Nervenheilkünde und Psychiatrie (15 janvier 1906).

Hoppe. — **La responsabilité pénale et le traitement des alcoolisés délinquants.** — Etude médico-légale détaillée des diverses questions soulevées par les crimes ou délits commis par les buveurs, les sujets en état d'ivresse. Nécessité de mesures spéciales à l'égard des alcoolisés dangereux.

Kreuser. — **Le traitement par le repos au lit et les bains permanents.** — Examen des indications et contre-indications de l'alitement chez les aliénés aigus ou chroniques. Avantages du bain permanent ou prolongé.

Munzer. — **Observations de psychoses puerpérales.** — L'auteur revendique une place à part pour les folies puerpérales.

(15 février 1906)

Chotzen. — **Etats mixtes d'épilepsie avec alcoolisme.** — Mémoire détaillé avec observations.

Medizinischen Klinik (1905 n° 34).

Forli et Barrovecchio. — **Contribution à l'étude de la sensation de vibration.** — Examen de 3 malades atteints de dissociation de la sensibilité (type syringomyélique). La persistance des sensations de vibration présente chez eux une analogie frappante avec ce qui se passe pour la sensibilité tactile, et diffère en tous points de ce qu'on observe pour les sensations thermiques et douloureuses. Ces faits confirment l'opinion que la sensibilité tactile et les sensations provoquées par les vibrations sont des manifestations du même mode de sensibilité.

Neurol. Centralblatt (1906 n° 4).

Näcke. — **Syphilis et paralysie générale en Bosnie.** — L'auteur insiste sur l'importance de la prédisposition congénitale pour le développement de la paralysie générale : c'est seulement grâce à cette vulnérabilité spéciale que des facteurs physiques ou psychiques peuvent déterminer le tabès ou la démence paralytique. Il considère comme très probable que dans cette dernière affection on pourra cons-

(Voir la suite après le Bulletin bibliographique mensuel.)

tater beaucoup plus fréquemment qu'à l'état normal des hétéropies de la substance grise, et d'autres anomalies de développement. Mémoire intéressant.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift (6 janvier 1906).

HERMANN. — **Le traitement médico-pédagogique et la psychiatrie.** — Etude des indications que fournit la psychiatrie pour l'éducation des enfants anormaux. Considérations générales sur la méthode pédagogique qui leur convient et le rôle important que doivent jouer les notions de psychiatrie.

(13 janvier).

ENGELKEN. — **De l'emploi des infirmières dans les services d'hommes aliénés.** — Etude détaillée et intéressante. En Ecosse, à l'asile de Larbert, les femmes forment les 2,5 du personnel de la division des hommes. A Woodilee la proportion est du tiers. Discussion des avantages de cette réforme et des conditions nécessaires.

(20 janvier — 3 février 1906).

ALT. — **Videant Consules.** — Long article sur la situation faite en Allemagne au personnel médical des asiles d'aliénés. (Traitement, avancement, retraite, congés, etc.) Sera consulté avec fruit par ceux qui s'intéressent à la réorganisation, en France, du personnel des asiles.

(20 janvier).

BRESLER. — **Nature et représentation graphique des états maniaques.** — Note curieuse et paradoxale où l'on tend à prouver que l'excitation maniaque ne doit pas être considérée comme la contrepartie de la dépression, mais comme un état dû à la suspension — et non à l'exaltation — des fonctions de certains territoires de l'écorce. Les altérations des cellules nerveuses à cylindre axe court, loin de déterminer comme les lésions des centres de projection et d'association des troubles de paralysie ou d'excitation, des symptômes « en foyer », donnent lieu à l'incoordination. La folie circulaire ne serait donc qu'un état dépressif.

(27 janvier).

CHOTZEN. — **Travaux pour aliénés nécessitant une surveillance constante.** — Il est très utile de trouver pour les aliénés traités par l'alitement et ceux dont l'état nécessite une surveillance continue des travaux sans danger et faciles à exécuter au lit. L'auteur fait compter, empaqueter des étiquettes pour une maison de commerce.

La clinique de Psychiatrie de Greifswald a été inaugurée le 13 janvier 1906 : 72 lits dont 8 pour pensionnaires. Description très complète de cet établissement modèle construit par l'Université.

(3 février).

BRESLER. — **Simulation d'affaiblissement intellectuel par un débile.** — (Rapport médico-légal). Discussion ingénieuse d'un cas difficile.

(10 février).

Décision de l'administration prussienne du 20 février 1905, concernant l'internement des aliénés dangereux.

DIVERS.

Conférence faite au Congrès des médecins et des naturalistes allemand de Méran, 29 septembre 1905. — CL. NEISSER. *Individualité et psychose.* — Etude pleine d'intérêt avec aperçus originaux

sur les manifestations de l'individualité dans divers états morbides : psychoses affectives, mélancolie, manie et surtout paranoïa.

Congrès de Psychologie médico-légale de Heidelberg. — LANGAUD. — *La folie morale.* — Le diagnostic est souvent difficile (hystérie, catatonie, épilepsie.) La fréquence en est moins grande que ne le prétendent certains auteurs. Ces anormaux doivent être traités dans des quartiers spéciaux d'asiles d'aliénés.

Congrès de Carlsruhe, 4 novembre 1905. — BUMKE. — *Les obsessions.* — Rapport sur la nature des obsessions et les différentes théories qui ont été émises sur cette question.

ROSENFELD. — *Valeur clinique des idées obsédantes* (id.).

HABER KANT. — *Ostéomalacie et psychose.* — L'auteur insiste sur les rapports de l'osteomalacie avec la démence précoce.

FRIEDMANN. — *Exhibitionnisme et petit mal non épileptique.* Observation.

Congrès de Bonn, novembre 1905. — HOFFMANN. — *Traumatisme et atrophie musculaire progressive.* — L'auteur rapporte 4 observations.

KURELLA. — *Troubles nerveux et psychiques par le téléphone.* — Observations et discussion intéressantes.

WITTE. — *Sur le signe de Quinquaud* (id.).

P. SÉRIEUX.

PÉRIODIQUES DE LANGUE ANGLAISE.

Investigations of the Department of Psychology and Education of the University of Colorado (novembre 1905).

J. HERSEY-BAIR. — **Importance de la notion du mouvement en psychologie.** — M. JOSEPH HERSEY-BAIR, professeur de psychologie à l'Université du Colorado, cherche à montrer l'importance d'une étude approfondie de l'activité motrice que les psychologues n'ont longtemps étudiée que comme une source de sensations. En réalité, le mouvement a un triple intérêt, au point de vue de l'hygiène, de la pédagogie et de la psychologie même, car tous les phénomènes mentaux sont liés au fond à des mouvements, et réciproquement les mouvements ont une influence sur les processus psychologiques. Comme exemple du rapport intime des mouvements corporels et des phénomènes mentaux (ce que l'auteur appelle encore l'âme et le corps), M. Bair cite les émotions, mais à cet égard on ne peut s'empêcher de penser que la théorie de Darwin, qu'il adopte, sur la détermination par la sélection naturelle de l'expression des émotions est singulièrement démodée, ce qui signifie qu'elle n'explique pas tout.

L'assistance familiale en Ecosse. — Au Congrès de l'Association des inspecteurs des pauvres des comtés d'Aberdeen, Kincardine et Banff, qui s'est tenu le 27 janvier à Aberdeen, M. Charles MACPHERSON, d'Edimbourg, le député « commissionner » d'Ecosse pour l'aliénation mentale, a fait une communication sur l'assistance familiale des aliénés. Il a rappelé les efforts faits en France, en Allemagne, en Belgique dans cette voie, et a insisté sur le fonctionnement de cette œuvre à Aberdeen, Kincardine et Banff : au point de vue économique, le coût par semaine est réduit de près de moitié (6 schellings environ, au lieu de 13 dans les asiles, tout compris). Un grand nombre d'Ecossais réclament des aliénés à garder. A l'heure actuelle, il y a en Ecosse environ 20 pour 100 des aliénés pauvres qui sont assistés ainsi dans des familles.

L'aliénation à Birmingham. — Le correspondant de *The Lancet* à Birmingham signalait récemment (24 février 1906) que, si la population de cette grande ville s'était accrue en 10 ans (1891-1901) de 46,9 pour 100, l'accroissement de la population des asiles subissait une progression, beaucoup plus rapide : de 1895 à 1905, le nombre des aliénés hospitalisés a passé, en effet, de 216 à 925 ; d'ici un an, si la progression continue, le nombre de 1895 aura été quintuplé.

PIERON.

Ann. of Surgery, 1905.

C.-W. SUCKLING. — **Le rein mobile cause de folie.** — Sur 50 aliénées prises au hasard dans un asile, M. Suckling en a trouvé 29 atteintes de néphroptose. Cette affection pourrait être suivie de mélancolie, d'hypochondrie, de manie, de délires divers. Il faut donc, dès que cela est possible, remédier au rein mobile à titre préventif. Il faut aussi traiter la néphroptose chez les aliénés, dans l'espoir d'améliorer l'état mental. (C.-W. SUCKLING. Londres, 1905. Analyse in *Semaine médicale* du 24 janvier 1906.) JUQUELIER.

PÉRIODIQUES HOLLANDAIS.

Memoires de l'Academie des sciences d'Amsterdam, 1905.

L. BONMAN. — **L'Association verbale.** — Les mémoires de l'Académie des Sciences d'Amsterdam ont publié un important mémoire de M. le Dr L. BONMAN sur l'association des idées, et plus exactement l'association des mots (« Woordassociatie » en hollandais).

L'auteur a étudié un grand nombre de sujets dont 45 malades (avec 20.000 associations), et 35 normaux (avec 5.100 associations), et 27 enfants (avec 8.000 associations). Ses expériences ont utilisé, comme inducteurs d'associations, des phrases, mots, chiffres, etc. La relation complète des expériences, avec l'observation des malades, est tout à fait consciencieuse et l'auteur croit pouvoir en conclure que, pour le diagnostic différentiel des psychoses, les textes d'association peuvent prendre une très réelle valeur.

(*Onderzockingen over Vrige Woordassociatie*).

PIÉRON.

NOUVELLES

Une chaleureuse défense de la psychologie expérimentale. — Il y a eu en Italie, à propos du Congrès international de psychologie de Rome, de violents débats, des discussions interminables, dans lesquels les philosophes, les métaphysiciens, les idéalistes, ont attaqué avec la dernière énergie la psychologie positive, et cela jusque dans une des salles du Congrès même où, sous le couvert du titre de psychologie introspective, ils ont fait de la métaphysique « en famille » et, peu aprés, ont crié victoire.

M. Morselli, le distingué professeur de psychiatrie de l'Université de Gênes, a profité de l'occasion d'une préface à écrire à un livre de M. Babatino, sur les *Fondéments de la psychologie expérimentale*, pour traiter avec vigueur cette question.

Il a montré que ceux qui proclament la banqueroute de la psycho-

logie expérimentale sont ceux-là même qui n'ont cessé de crier à la faillite de la science. Et quand ils revendiquent les droits absolus et exclusifs de l'introspection pour connaître la nature des phénomènes psychiques, ils sont toujours tout prêts d'y voir en même temps le seul mode de connaissance véritable, puisque, pour l'idéalisme qu'ils représentent plus ou moins consciemment, la réalité toute entière doit se ramener aux états psychiques grâce auxquels on en prend conscience.

M. Morselli ne va pas, par une réaction inverse, jusqu'à l'« *odium antiphilosophicum* », la haine de toute philosophie; mais il montre aisément combien les reproches faits à la science sont peu fondés, puisqu'on lui fait grief de n'avoir pas résolu des problèmes que souvent elle ne se propose pas de résoudre.

Et, en ce qui concerne la psychologie, peut-on soutenir sérieusement que c'est en pure perte que se livrent à leur travail les biologistes comme Darwin, les physiologistes comme Wundt, les physiciens comme Helmholtz, les histologistes comme les Cajal et les Flechsig, les médecins comme les Wernicke et les Charcot, les psychiatres comme les Morel, les Janet, etc., et les zoologistes, les sociologues et enfin les psychologues proprement dits qui se livrent aux recherches de laboratoire avec un indéniable succès.

Les métaphysiciens peuvent déclarer morte la psychologie expérimentale, elle ne s'en portera pas plus mal. M. Morselli le montre, et il n'a pas tort.

(Brochure in-18. Savona, 1906.) PIÉRON.

Concours des médecins-adjoints. — *Questions d'écrit :* Anatomie et physiologie nerveuses : *Nerf facial.*

Administration : *Moyens prévus par la loi de 1838 pour empêcher les séquestrations arbitraires.*

Oral : (Pathologie générale).

a) Insuffisance aortique — tétanos (S. et D.).

b) Diagnostic de la tuberculose au début — fistule à l'anus.

c) S. D. et traitement de la pleurésie franche aiguë — fractures de côtes.

d) Anévrisme de la crosse de l'aorte. S. et D. des tumeurs blanches du genou.

Le Jury a proposé les nominations suivantes : MM. VURPAS, DROMARD, DUCOS, J. CHARPENTIER, HALBERSTADT, LEVASSORT, DADAY, BENON, DAMAYE et VIOLET.

Un certain nombre de postes étant vacants au moment de l'ouverture du Concours, presque tous les nouveaux médecins-adjoints seront installés incessamment.

XVIe Congrès des aliénistes et neurologistes des pays de langue française *(Lille, 17 août 1906).* — Président : M. GRASSET, de Montpellier ; secrétaire-général : M. CHOCREAUX, médecin en chef à l'asile de Bailleul (Nord), à qui doivent dès à présent être envoyées les adhésions.

Rappelons les questions mises à l'étude et les rapporteurs choisis pour chacune d'elles.

Etude cytologique, bactériologique et expérimentale du sang chez les aliénés : M. DIDE (de Rennes).

Le cerveau sénile : M. A. LÉRI (de Paris).

La responsabilité des hystériques : M. R. LEROY (de Paris).

Association psychiatrique allemande. — L'assemblée annuelle de l'Association allemande de psychiatrie, se tiendra à Munich les 20 et 21 avril 1906.

Un rapport sera présenté par M. HEILBRONNER, d'Utrecht, sur les désordres du langage (excepté l'aphasnie) dans les psychoses fonctionnelles.

Parmi les communications annoncées, on en peut citer de MM. GUDDEN, de Munich, sur l'hérédité: NITSCHE, de Munich, sur la perception et l'observation chez les alcooliques; PLAUT, de Munich, sur des recherches psychologiques relatives à des victimes d'accidents; N. WEILER, de Munich, sur l'observation de la pupille chez les sujets atteints de maladies mentales.

L'absinthe en Belgique. — Voici l'essentiel du texte de la récente loi votée à une forte majorité par la Chambre des Députés de Belgique :

Art. 1. — La fabrication, le transport, la vente et la détention pour la vente des absinthes sont interdits sous peine d'une amende de 26 à 500 fr. et d'un emprisonnement de 8 jours à 6 mois.....

Art. 2. — L'importation des absinthes est prohibée.....

Art. 3. — La présente loi ne sera exécutoire que dix mois après le jour de sa publication sauf en ce qui concerne l'interdiction de la fabrication et la prohibition de l'importation.

Prix Saintour. — M. Mirman vient d'adresser aux préfets la circulaire suivante :

L'Institut de France (Académie des sciences morales et politiques) met au concours pour 1906 (prix Saintour, 3.000 francs) le sujet suivant :

« Des modifications à apporter à la législation française sur les aliénés, au double point de vue de la liberté individuelle et de la sécurité » des personnes. »

(Dépôt des mémoires au plus tard le 31 décembre 1906.)

Je vous prie de vouloir bien porter à la connaissance de tout le personnel du service des aliénés, placés sous vos ordres, la décision de l'Institut de France, et informer les intéressés que le programme détaillé de ce concours est à la disposition des concurrents au Secrétariat de l'Institut de France. — *Le Ministre de l'intérieur.* Pour le Ministre : *Le Directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques.*

Médaille offerte au Dr Magnan. — Le Docteur MAGNAN, médecin de l'Asile clinique (Sainte-Anne), membre de l'Académie de Médecine, a consacré plus de quarante années à l'étude des maladies mentales et à l'amélioration du sort des aliénés. Ses amis, ses collègues et ses élèves ont l'intention de lui offrir une médaille à l'occasion de son jubilé. Ils ont constitué un Comité de patronage qui fait appel à tous ceux qui sont attachés au Docteur MAGNAN par les liens de l'amitié, de l'estime ou de la reconnaissance.

L'exécution de la médaille est confiée à M. le Docteur Paul RICHER, professeur à l'Ecole des Beaux-Arts.

Le chiffre de la cotisation n'est pas limité.

Toute souscription de 25 francs donne droit à une médaille en bronze, qui sera expédiée avant la fin de l'année 1906.

La souscription est ouverte jusqu'au 15 juin 1906.

Les cotisations sont reçues par M. Pierre MASSON, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (secrétaires du Comité : MM. les Docteurs S. LWOFF et P. SÉRIEUX, médecins des Asiles d'aliénés de la Seine).

Faculté de médecine de Lyon. — M. le Dr Jean LÉPINE, chef de clinique des maladies mentales, médecin-adjoint des asiles d'aliénés, est chargé des fonctions d'agrégé jusqu'au 30 juin 1906.

Faculté de médecine de Padoue. — M. Ernesto BELMONDO, professeur extraordinaire de psychiatrie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de Médecine d'Amsterdam. — M. L.-J.-J. MUSKENS, est nommé privat-docent des maladies du système nerveux.

Faculté de Médecine d'Iéna. — M. W. STROHMAYER est nommé privat-docent de Psychiatrie.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort récente de deux médecins en chef des asiles d'aliénés : MM. VERNET, de Maréville et Gilbert PETIT qui venait d'être installé à l'asile de Marseille.

Personnel des asiles d'aliénés. — *Mouvement de mars 1906.* — M. le Dr JOURNIAC, médecin en chef à l'asile de St-Ylie (Jura), est nommé médecin en chef à l'asile de Marseille, en remplacement du Dr GILBERT PETIT, décédé.

M. le Dr SANTENOISE, médecin-adjoint à Dijon (Côte-d'Or), est nommé médecin en chef à St-Ylie (Jura), en remplacement du Dr JOURNIAC, nommé à Marseille.

M. le Dr CASTIN, médecin-adjoint à Montdevergnes (Vaucluse), est nommé en la même qualité à Dijon, en remplacement du Dr SANTENOISE, promu médecin en chef à St-Ylie.

M. le Dr CHARUEL, directeur-médecin à Alençon, est nommé médecin en chef à Maréville (Meurthe-et-Moselle), en remplacement du Dr VERNET, décédé.

M. le Dr BARUK, médecin-adjoint à St-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire), est nommé directeur-médecin à Alençon.

M. le Dr ALLAMAN, médecin-adjoint à Marseille, est nommé médecin en chef de l'asile d'aliénés de St-Robert (Isère), en remplacement de M. le Dr DUBOURDIEUX, nommé directeur-médecin à St-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire).

M. le Dr FENAYROU, médecin en chef à Aix (Bouches-du-Rhône), est nommé directeur-médecin à Rodez (Aveyron), en remplacement de M. le Dr RAMADIER, nommé directeur-médecin à Blois.

M. le Dr LEVET, médecin-adjoint à Bassens (Savoie), est nommé médecin en chef à Aix (Bouches-du-Rhône), en remplacement du Dr FENAYROU.

M. le Dr PRIVAT DE FORTUNIÉ, médecin-adjoint à Bailleul (Nord), est nommé médecin-adjoint à Armentières (Nord), poste créé.

M. le Dr DUBOURDIEUX, médecin en chef à St-Robert (Isère), est nommé directeur-médecin à St-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire), en remplacement de M. le Dr PETRUCCI, retraité.

Le gérant : A. COUESLANT.

PARIS & CAHORS, IMPRIMERIE A. COUESLANT (23-IV-06)

REVUE CRITIQUE

HISTORIQUE CRITIQUE DE LA DÉMENCE PRÉCOCE

Par Paul JUQUELIER

Chef de clinique à la Faculté de Paris, Médecin-adjoint des asiles d'aliénés.

Il s'en faut que tous les aliénistes soient d'accord sur les limites, l'anatomie pathologique, l'étiologie et la pathogénie de la démence précoce. Si nombreux, ou si remarquables qu'ils soient, les travaux publiés jusqu'à ce jour au sujet des malades justiciables de ce diagnostic ne permettent pas à l'observateur impartial de concevoir l'idée d'une affection actuellement bien déterminée dans tous ses chapitres. Dans le chaos des faits soumis à son appréciation, l'esprit synthétique recherche en vain : une cause ou une série de causes essentielles ; d'habituelles conditions étiologiques favorisantes ; une symptômatologie suffisamment limitée (la part étant faite des caprices de la clinique individuelle) ; et des lésions sinon identiques, en apparence, produisant du moins les mêmes modifications morbides de la physiologie cérébrale. En d'autres termes, rien n'est moins aisé que de définir la démence précoce de façon satisfaisante, et partant de donner des cadres à une espèce morbide, devinée, pressentie plutôt que connue. Faut-il admettre dans un vaste groupe, pour quelques symptômes communs et un pronostic également sombre, des formes cliniques aussi diverses que la démence catatonique et le délire chronique de Magnan? Cette association paraît logique à Kraepelin, et surtout à ceux qui adoptent intégralement, avec la classification psychiatrique de ce puissant auteur, sa conception étendue de la démence précoce : il y a pourtant contre elle une instinctive protestation du sens clinique que ne dissipent pas les arguments théoriques, déduits des faits le plus logiquement du monde semble-t-il dans les ouvrages des partisans de l'école allemande.

Faut-il, avec l'école de l'Admission, repousser toute tentative de morcellement dans la classification simpliste où le bloc imposant de la dégénérescence tient une si large place ? Cette doctrine a le mérite très grand de fixer l'attention sur la notion du rôle primordial de l'élément terrain dans la genèse d'un grand nombre de maladies mentales ; mais trop logique, elle aussi, dans ses déductions, et, voulant rester simple et claire, ne méconnaît-elle pas l'importance de certains faits moins exceptionnels qu'il ne paraît à ses défenseurs rigoureux ? Et ne risque-t-elle pas de diriger ceux-ci vers l'une des deux explications suivantes également critiquables :

Ou tenir compte des nombreuses observations d'affaiblissement intellectuel rapide, soit chez les hébéphréniques, soit chez les catatoniques, et considérer avec Christian et Parant, par exemple, que ces démences précoces sont fonction d'une prédisposition acquise, démasquée par la puberté, moment étiologique indispensable. Or, on peut objecter à cela : 1° que la puberté n'est pas le seul moment d'apparition de la démence précoce ; 2°, et surtout, que l'hérédité psychopathique (même sous la forme de prédisposition apparente constituant l'état de dégénérescence) est trop fréquente chez les malades pour qu'il n'en soit pas tenu compte parmi les causes importantes.

Ou adopter le diagnostic de dégénérescence mentale avec excitation et délire polymorphe chez bien des malades qualifiés par d'autres de déments hébéphréniques, ce qui est justifié par l'apparition d'un déficit psychique plus ou moins considérable, mais réel. Il faut, dès lors, cesser de considérer comme habituellement bénin le pronostic des états psychopathiques dégénératifs polymorphes, et reconnaître que la clinique impose des divisions importantes où la doctrine, dans un but didactique excellent et au nom d'un principe indiscutable, avait essayé de constituer l'unité.

D'ailleurs, ce n'est pas seulement l'apparition de la démence qui décide du diagnostic dans les derniers cas en question. Avant que le déficit intellectuel soit net, il existe déjà une symptomatologie qui suggère l'idée de démence précoce. Et s'il est incontestablement difficile de donner de la démence précoce une définition qui la caractérise toute mais ne caractérise qu'elle, il est indiscutable aussi que, devant certains malades, ce diagnostic devient évident. Suivant une comparaison de M. Joffroy, si l'on veut bien reconnaître la réalité objective des récentes descriptions de Kraepelin, de Sérieux et Masselon, de Deny et Roy, et de tant d'autres, ces malades seraient par tous les auteurs placés au centre d'un territoire aux frontières très incertaines ; ils constitueraient un terrain d'entente, au moins au point de vue clinique. A leur sujet, on pourrait discuter à perte de vue les questions de savoir s'il s'agit d'un syndrôme ou d'une entité, si cet état morbide frappe de préférence les dégénérés ou les sujets ayant acquis une prédisposition névropathique ; s'il est la conséquence de telles ou telles lésions différentes révélées dans des cas analogues par des autopsies contradictoires. Mais en les désignant sous le nom de déments précoces, on éveillerait chez tous les aliénistes l'idée d'une symptomatologie déterminée, aboutissant à une incapacité psychique spéciale et d'une évolution probablement fatale pour l'avenir intellectuel.

Il est peu de psychiâtres en effet, qui à l'heure actuelle résistent à la tentation de formuler le diagnostic de démence précoce devant certains hébéphréniques ou certains catatoniques. Le moins que fassent ceux qui se défendent encore, c'est de marquer au passage les malades répondant aux descriptions devenues classiques. La démence précoce encore imparfaite a droit de cité; on tend même à renoncer de part et d'autre aux discussions portant sur les mots : s'agit-il de démence et cette démence est-elle véritablement précoce ? Peu importe, il faut bien admettre une dénomination que l'usage impose. Il y a quelques semaines, en terminant à Ste-Anne une série de leçons sur la démence précoce, M. Joffroy abandonnait toute discussion sur les termes et citait comme preuve du rôle tyrannique de l'usage l'exemple de la paralysie générale. Il n'est pas en effet d'affection plus mal désignée, et cependant, les désignations prétendant à l'exactitude, (celle de méningo-encéphalite diffuse entre autres) n'ont pas prévalu dans la terminologie clinique.

Il faut donc compter désormais avec la démence précoce; et l'étude historique qui suit nous a paru devoir présenter quelque intérêt dans l'hypothèse qu'elle serait tentée par un clinicien, dont la curiosité éveillée au bruit des discussions récentes n'a pas été satisfaite encore par un examen suffisamment attentif des travaux publiés. L'entreprise de cet examen est d'ailleurs singulièrement facilitée grâce à la documentation bibliographique, contenue dans les œuvres les plus importantes, celles qui marquent, pour ainsi dire, les grandes étapes de la démence précoce et que nous aurons soin d'indiquer chemin faisant.

*
* *

Soit qu'ils aient désiré faire appel pour étayer leurs conceptions à l'autorité des classiques, soit qu'ils aient eu le souci de rendre un juste hommage aux qualités d'observation de leurs prédécesseurs, la plupart des auteurs qui sont intervenus, par une contribution personnelle, dans la discussion de la démence précoce, ont reconnu des précurseurs. C'est généralement à l'œuvre de Pinel (1809), qu'on fait remonter la période préhistorique, pourrait-on dire, de la démence précoce. M. Régis[1] a récemment reculé cette limite jusqu'à Willis (1672), qui au chapitre de la stupidité ou morosité parle « des jeunes gens d'esprit vif et alerte tombant à l'adolescence dans l'obtusion et l'hébétude. » On pourrait multiplier les indications en faisant une minutieuse enquête dans la littérature psychiatrique. On retrouverait sans doute chez tous les observateurs entendus qu'il est fait allusion sous des dénominations diverses aux démences rapides,

[1] Régis. — *Précis de Psychiatrie.* — Doin, 1905. (p. 316).

voisines de la puberté (idiotisme accidentel de Spurzheim (1818), idiotie accidentelle ou acquise d' Esquirol[1] (1814-1838), affaissement de la volonté chez les jeunes gens de Heinroth[2] (1818) démence qui apparaît chez les affaiblis de Guislain[3] (1838), etc.). Le terme démence précoce appartient à Morel[4] qui l'emploie dès 1860 dans son traité des maladies mentales. Au point de vue de l'observation clinique, Morel semble être le plus précis des précurseurs de la démence précoce. Claus[5], Ballet[6], Masselon[7] et plus récemment Régis[8] ont insisté sur la netteté des descriptions tracées par cet auteur « qui semble, dit Régis[9], avoir tout vu et tout noté... la suggestibilité, la stéréotypie, la catatonie, les grimaces et tics bizarres, le négativisme appelé par lui d'un mot très approchant : le nihilisme. » Dans cette période de la préhistoire de la démence précoce, (un peu artificiellement découpée d'ailleurs), il y aurait donc lieu de retenir surtout le nom de Morel, si au yeux de quelques écrivains contemporains (Deny[10] en particulier) Morel n'avait compromis lui-même l'avenir de la maladie nouvelle en noyant cette folie héréditaire dans ce que J. Falret devait appeler l'immense océan sans limites et sans fond de la dégénérescence.

En réalité l'histoire de la démence précoce commence au début de la période dite par Deny[11] période allemande. Dans leur monographie parue en 1903, Deny et Roy[12] font résolument partir leur historique des premiers travaux de Kahlbaum[13]. En 1863, Kahlbaum signale l'existence d'une maladie mentale à laquelle il donne le nom d'hébéphrénie parce qu'il la considère comme étroitement liée au développement de la puberté. En 1871 Hecker[14], élève de Kahlbaum reprend la description de l'hébéphrénie, « processus morbide de la fin de la puberté, mettant obstacle au développement intellectuel ultérieur, évoluant avec une très grande rapidité vers l'affaiblissement psychique terminal et méritant, à cause de l'aspect particulier de certains symptômes d'être considérée comme une maladie spéciale à intercaler dans les anciennes classifications. »

1 Esquirol. *Maladies Mentales.* (1838), II. 105.
2 Heinroth. *Lehrbuch der Storungen der Seelenlebens.* Leipzig 1818.
3 Guislain. 1838 et *cliniques* 1844.
4 Morel. *Etudes cliniques*, 1851-1853.
Traité des maladies mentales, 1860.
5 Claus. *Catatonie et stupeur*, (Bruxelles 1903).
6 Ballet. Communication au C. de Bruxelles 1903.
7 Masselon. *La demence précoce.* Joanin 1904, p. 13.
8 Regis. *op. cit.*, p. 317
9 id. *op. cit.*, id.
10 Deny. *Les démences vésaniques.* Rapport du Congrès de Pau 1904.
11 id. id.
12 Deny et Roy. *La démence precoce*, Baillière 1903, p. 8 et suiv.
13 Kahlbaum. *Gruppirung der psychischen Krankheiten* (1863).
14 Hecker. Arch. fur Path. Anat. und Phys. 1871, (T. 52. p. 394 et suiv

En 1874, Kahlbaum[1] décrit une nouvelle forme clinique dans laquelle les troubles psychiques s'accompagnent de modifications du système nerveux moteur (crampe, Spannungs irresein) et à laquelle il donne le nom de catatonie. La catatonie, dit Kahlbaum, se termine par la guérison ou la démence, mais plus fréquemment par la guérison.

L'hébéphrénie et la catatonie, considérées comme des maladies particulières furent dès les premières descriptions, l'objet de vives controverses. L'école de Magnan, Krafft-Ebing, Sterz, Schüle, Finck rattachent l'hébéphrénie à la dégénérescence. Arndt, Westphall, Tigges, Krafft-Ebing, Tamburini, Chaslin et Séglas, Schüle s'efforcent d'adapter le syndrôme catatonie aux classifications régnantes. Pour Chaslin et Séglas[2] dont le mémoire retrace fidèlement les discussions toutes récentes à l'époqne (1888), la catatonie doit être rattachée à la stupeur simple ou symptomatique. Au congrès de Rouen (1890), Charpentier[3] décrit onze variétés de démences précoces, symptômatiques pour la plupart, dues à l'épilepsie, l'hystérie, la syphilis, le traumatisme, quelquefois l'alcool ; et comprenant en outre la démence précoce simple des enfants anormaux.

Cependant, les conceptions de Kahlbaum-Hecker avaient, à quelques détails près, successivement rallié les suffrages de Kiernan (1882), Hammond, Spitzka (1883), Brösius, Neisser (1887), Pick, Trowbridge (1891) et Daraskiewicz (1892)[4], lorsque Kraepelin tenta en 1893[5] un premier groupement de l'hébéphrénie et de la catatonie sous la dénomination autrefois employée par Morel de démence précoce. Les analogies entre les deux syndrômes avaient déjà attiré en 1880 l'attention de Finck[6] qui considérait l'un et l'autre comme des formes cliniques de la dégénérescence et qui attribuait toutefois à la catatonie un pronostic beaucoup plus bénin qu'à l'hébéphrénie. Kraepelin fit remarquer que cette dernière opinion fondée sur l'observation de rémissions souvent suivies de rechutes survenant assez fréquemment chez les catatoniques, (et non de guérisons), était sujette à caution. Il décrivit en outre une troisième variété de démence précoce, la forme paranoïde qui allait devenir si vaste et servir de prétexte à de si nombreuses discussions.

A l'étranger comme en France, l'œuvre de Kraepelin fut

[1] Kahlbaum. *die Katatonie*, (Berlin 1874).
[2] Chaslin et Séglas. *La catatonie*. Arch. de Neurol. 1888.
[3] Charpentier. *Les démences précoces*. Congrès de Rouen 1890.
[4] La bibliographie précise concernant tous ces auteurs est au complet dans les monographies classiques sur la démence précoce. (Deny et Roy 1903, Masselon 1904.)
[5] Kraepelin. *Psychiatrie*, 4e édition, Leipzig.
[6] Finck. *Beitrag zür Kenntniss der Jugendir resein*. (Allg. zeitschrift f. psych.) 1880.

l'objet de la curiosité générale, et si le professeur d'Heidelberg fut suivi avec une certaine timidité, les observations du plus grand nombre confirmèrent que des faits cliniques restés jusqu'alors dans l'ombre, méritaient d'être mis en évidence. On ne pouvait d'ailleurs espérer que la conception nosologique défendue par Kraepelin représentât immédiatement, à l'abri de toute objection sérieuse, l'expression de la vérité.

*
* *

De l'étude impartiale des discussions qui suivirent, semble se dégager l'impression que certains esprits ont été d'emblée plus soucieux d'opposer la conception de la dégénérescence à celle de la démence précoce ou réciproquement, que de chercher à l'examen des faits le terrain où l'on pouvait s'entendre. Pourtant, comme l'a fait récemment remarquer Serbsky[1] dans un mémoire dont nous reparlerons, le nouveau ne détruit pas l'ancien, il le limite et le précise. Les malades que l'on peut appeler désormais déments précoces, et qu'un grand nombre d'auteurs groupent parmi les dégénérés, sont-ils comme le veulent d'autres, totalement différents de ces derniers parce que l'évolution de leurs troubles psychiques a quelque chose de spécial. Cette différence essentielle n'existerait pas d'après Maïchline[2] de Moscou, qui en 1894 conclut de l'analyse de 32 observations à l'existence d'une démence juvénile précoce chez certains héréditaires présentant des signes physiques et psychiques de dégénérescence. La même année, A. Vigouroux[3] rapporte les observations de deux jeunes malades devenues démentes précoces après une courte période de délire (ces malades sont elles-mêmes filles d'aliénées internées, déjà pourvues d'antécédents psychopathiques). Il fait remarquer que si, d'après les conceptions de Magnan, la prédisposition permet à certains aliénés d'éviter la démence, elle y expose les autres, et d'autant mieux semble-t-il, que le casier psychopathique héréditaire est plus chargé. Cependant, pour Scholz[4] de Bonn (1897) et Christian[5] (1899), la démence précoce des jeunes gens (ces auteurs visent plus particulièrement l'hébéphrénie) frappe surtout les sujets primitivement et congénitalement sains. Au congrès de Carlsruhe (1898) tandis qu'Aschaffenburg[6] se rallie aux idées de Kraepelin, du

[1] Serbsky. *Contribution à l'étude de la démence précoce.* (Ann. méd. psych. 1903-1904).
[2] Maichline. Revue neurol. 1894.
[3] A. Vigouroux. *Contribution à l'etude de la démence précoce.* (Ann. méd. psych. Janv. 1894).
[4] Scholz. Allg. Zeits. fur. Psych. 1897.
[5] Christian. *De la démence précoce des jeunes gens. Contribution à l'etude de l'hébéphrenie.* (Ann. méd. psych. 1899.
[6] Aschaffenburg. *Die Katatonie frage.* Allg. Z. fur psych. 1898.

moins en ce qui concerne l'hébéphrénie et la catatonie (formes d'une même affection, caractérisées par un état identique et tout à-fait spécial d'affaiblissement intellectuel), Schüle[1] démembre la catatonie au profit de la folie hystérique, de la démence primitive et de la folie circulaire.

L'année suivante (1899) paraît la sixième édition de la psychiatrie de Kraepelin[2], qui complète sa première description et conserve les trois formes signalées en 1893. Kraepelin réunit provisoirement à l'hébéphrénie et à la catatonie des états qu'on range ordinairement parmi les délires et qui, à cause de leur terminaison plus ou moins rapide par une débilité mentale à forme particulière, lui paraissent se trouver plus près de la démence précoce. Or, si l'on excepte quelques délires paranoiaques proprement dits (*combinatorische formen* des Allemands) qui se développent très lentement et n'aboutissent pas à la démence, la forme paranoïde de la démence précoce englobe tous les faits décrits en France sous le nom de délire des persécutions, délire des grandeurs, délire hypochondriaque, délire chronique et aussi bien des cas de délire polymorphe des dégénérés[3].

Une si large conception des cadres de la démence précoce devait provoquer bien des étonnements et bien des commentaires. Le Congrès international de Paris (1900) n'aborde pas la question de front. Trois rapporteurs (Ziehen, Marro, J. Voisin)[4], furent chargés d'étudier les psychoses de la période de la puberté et, malgré leur incontestable autorité, dit Serbsky[5], la question de la démence précoce n'avança pas ; on ne fit que décrire les formes les plus variées des états psychopathiques survenant au moment de la puberté. Mais, en même temps, Finzi et Vedrani[6], dans un mémoire établi d'après treize observations, se ralliaient aux conclusions de Kraepelin, et Séglas[7] admettait la démence paranoïde en s'efforçant de la limiter aux formes dans lesquelles les idées délirantes sont complètement asystématiques.

* *

Parmi les travaux de langue française, une place à part revient à ceux de Sérieux[8] qui contribua le plus, de 1900 à 1902,

[1] Schüle Allg. Z. fur psych. 1898.
[2] Kraepelin. *Psychiatrie*, 6e édition, Leipzig, 1899.
[3] Voir Deny et Roy, *op. cit.*, p. 41.
[4] Ziehen, Marro, J. Voisin. XIIIe Congrès International de médecine, Paris, 1900.
[5] Serbsky, *op. cit.*
[6] Finzi et Védrani, *Contr. clinica alla dottrina della demenza précoce* (Rivista sper fren, 1899).
[7] Séglas, *La demence paranoïde* (Ann. medico psych., 1900).
[8] P. Sérieux. *La nouvelle classification de Kraepelin.* Revue de Psychiatrie, 1900.
La démence précoce. Gaz. hebd. de médecine et de chirurgie, 1901.
La démence précoce, Revue de psychiatrie, 1902.

à répandre en France les idées de Kraepelin. Sérieux décrit quatre formes de démence précoce : la forme hébéphrénique ou délirante, la forme catatonique, la forme paranoïde et la forme simple déjà admise par Trömner[1]. Il fait d'abord, au sujet de la forme paranoïde, des réserves analogues à celles de Séglas; puis il s'efforce d'en séparer seulement les psychoses à base d'interprétations délirantes[2]. Il considère la forme simple comme caractérisée par un affaiblissement progressif des facultés psychiques sans que la période d'état soit marquée par l'explosion d'accidents aigus délirants ou catatoniques. L'effort de Sérieux fut continué par son élève Masselon, auteur de publications que nous aurons le devoir de signaler avec plus de détails.

Au nombre des travaux d'ensemble consacrés à la question, il faut citer, à côté des publications de Sérieux et Masselon, la monographie de Deny et Roy[3] parue dès le début de 1903. Deny et Roy n'admettent pas la forme simple décrite par Sérieux, estimant qu'elle est toujours suivie de l'une des trois variétés classiques et ne constitue qu'une phase prémonitoire de l'affection. De plus, ils accolent le qualificatif maniaque à la forme hébéphrénique, et réservent le terme délirant pour la variété paranoïde. En ce qui concerne cette dernière, ils insistent sur le terrain spécial (constitution paranoïenne) sur lequel elle se développe et adoptent intégralement la doctrine de Kraepelin. L'hérédité est pour eux une cause prédisposante importante, mais non exclusive de la démence précoce. Comme cause déterminante, l'auto-intoxication (et en particulier l'auto-intoxication sexuelle invoquée par Kraepelin) leur paraît tout au plus vraisemblable, et ils font à l'égard de cette hypothèse des réserves plus formelles que n'en devait faire Masselon[4] dans sa monographie de 1904.

Les objections opposées aux tentatives faites par Sérieux et Masselon et par Deny et Roy en faveur des conceptions de Kraepelin portèrent à la fois, *a*) sur la désignation de la maladie nouvelle, *b*) sur son existence ou son unité, et *c*) sur ses limites considérées comme beaucoup trop compréhensives.

a) On refusait de considérer comme de la démence l'impotence intellectuelle spéciale des déments précoces ; d'autre part le sens précis du qualificatif précoce prêtait à des discussions prolongées même parmi ceux qui s'entendaient au sujet de la description d'ensemble des formes cliniques.

[1] C. Trömner, *das Jugendirresein (dementia praecox)*. Halle, 1903.
[2] Sérieux et Capgras. *Les psychoses à base d'interprétations délirantes*. (Annales médico-psychologiques, 1902).
[3] *op. cit.*
[4] Masselon. *La démence précoce*, Joanin, 1904.

Dans sa thèse[1], des plus instructives parue en 1902, Masselon s'efforce de montrer la psychogenèse des divers troubles qui caractérisent la démence précoce : si l'on veut bien attribuer au mot démence une signification un peu étendue, celle d'affaiblissement intellectuel durable en général, et en particulier celle d'impuissance psychique plus ou moins prononcée mais réelle, malgré la conservation d'éléments de fonctionnement cérébral devenus inutilisables par suite de leur dissociation, il faut reconnaître que les hébéphréniques et les catatoniques dont les centres nerveux sont engourdis sont de véritables déments. Sans doute, comme l'ont expérimentalement démontré Toulouse et Damaye[2] qui voudraient réserver le nom de démence à l'affaiblissement global et définitif des facultés, tel que celui de paralytiques généraux et des déments organiques par exemple, l'inhibition psychique des déments vésaniques et des déments précoces n'est pas sans beaucoup d'analogie avec l'état confusionnel : On peut soutenir toutefois que l'état confusionnel durable et prononcé est une véritable entrave à l'exercice de toute activité mentale et constitue un état d'affaiblissement définitif. Mais cet engourdissement psychique des déments précoces, n'est pas toujours durable, peut-on dire, puisqu'il y a des cas de guérison. Peut-être y a-t-il en effet des cas de guérison intégrale (cela est à démontrer et n'est pas probable) ; ce qu'il y a de certain, c'est que par rapport au nombre total des malades, les faits de guérison relative sont assez rares pour que le mot démence, entendu au sens large que nous venons de définir indique un des caractères les plus habituels de l'affection et soit valable pour la dénomination. D'autre part s'il faut comprendre qu'une maladie est précoce lorsqu'elle survient avant le complet développement, comment admettre avec Sérieux que la démence précoce peut se manifester pendant toute la durée de l'âge adulte ? Si l'on entend avec Deny et Roy[3] que « précocité » signifie rapidité d'apparition, installation d'emblée, il y a une contradiction formelle à donner dans les nouveaux cadres une si large place aux formes paranoïdes. Que l'on adopte l'une ou l'autre des deux interprétations sur le sens à attribuer au mot « précoce », la fin de non recevoir ne vise ici encore que la minorité des cas (et dans la seconde hypothèse ceux qui sont réellement discutables). Le plus souvent, la démence précoce est une démence qui survient rapidement, sinon d'emblée chez les sujets jeunes.

[1] Masselon, *Psychologie des déments précoces*. Th. Paris 1902.
[2] Toulouse et Damaye. *La démence vésanique est-elle une démence ?* Revue de Psychiatrie, 1905. Nos 1 et 2.
[3] Deny et Roy. — *op. cit.* p. 12.

b, A bien des auteurs, le groupement proposé par Kraepelin apparait comme fait d'éléments disparates, et basé sur l'existence d'un même symptôme constant, la démence. Pour L. Mandalari[1], non seulement il n'y a aucun trait d'union entre les trois variétés, mais encore, ni l'hébéphrénie, ni la catatonie, ni la démence paranoïde, ne méritent, prises isolément, d'être décrites comme des formes morbides caractéristiques. Il y a non pas une, mais des démences précoces, variétés épisodiques de la démence terminale survenant au cours des états psychopathiques les plus divers.

Dans le traité de pathologie mentale publié sous la direction de Ballet en 1903, au livre des psychoses constitutionnelles Arnaud[2] étudie la démence vésanique, après avoir considéré la démence non comme une maladie, mais comme un des aspects d'une maladie (ce qui est parfaitement exact, et toutefois n'implique pas qu'une maladie ne puisse être désignée du nom d'un syndrôme ayant pendant l'évolution une importance particulière). Il divise les démences vésaniques, terminaisons des vésanies en tardives et en précoces.

« La démence vésanique précoce est la conséquence immédiate et hâtive d'un trouble mental de nature variable. Elle est précoce, parce qu'elle atteint les sujets jeunes, elle est précoce encore parce qu'elle succède rapidement au trouble mental initial, qu'elle est même appréciable dès le début ; de telle sorte qu'on peut la dire primitive aussi bien que consécutive ou terminale. » Les syndrômes hébéphrénique ou catatonique sont ceux que revêt le plus souvent la démence vésanique précoce. Quant à la conception de Kraepelin, Arnaud la considère comme étant d'une grande hardiesse. En particulier, la dénomination de démence paranoïde doit être limitée à certains cas de démence précoce qui débutent par une phase de délire vaguement systématisé ; ordinairement d'ailleurs, il est facile de distinguer ces cas des véritables psychoses systématiques.

c) A côté des aliénistes qui disposent des faits mis à l'ordre du jour par Kraepelin et ses adeptes au profit des classifications régnantes, d'autres se contentent de limiter les cadres de la démence précoce, ou d'apporter une contribution partielle à l'étude des formes leur semblant le mieux établies.

Pour ces derniers, la variété paranoïde est généralement la plus suspecte. Dès 1898, Aschaffenburg[3] admettait que l'hébéphrénie et la catatonie étaient des formes cliniques d'une maladie caractérisée par un état identique d'affaiblissement intel-

[1] Mandalari. *Demenza précoce*. — Naples 1901.
[2] Arnaud, in traité G. Ballet. Doin 1903. — p. 801 et p. 808 et suivantes.
[3] Aschaffenburg. *op. cit.*

lectuel, mais réservait son opinion au sujet de la démence paranoïde. De 1902 à 1904 Meeus [1] dans plusieurs articles publie des observations de démence précoce, maladie qu'il considère comme pouvant se développer à tout âge, mais il demande de désigner cette affection par un terme qui caractérise l'hébéphrénie et la catatonie et en isole la démence paranoïde.

D'après Serbsky [2], qui rend hommage à l'incontestable mérite de Kraepelin, les conceptions exagérées de cet auteur ont été l'origine de la confusion actuelle. La démence précoce, dont l'existence ne saurait être mise en doute, est caractérisée par deux traits essentiels : l'évolution avant le complet développement de l'individu et l'apparition rapide de l'affaiblissement intellectuel. C'est une psychose constitutionnelle (mais la prédisposition peut être latente), peut-être favorisée par une auto-intoxication, qui se présente sous une forme simple ou accompagnée de phénomènes variables (hébéphrénie, catatonie, délire vaguement systématisé). Ni les démences secondaires rapides des états confusionnels, ni les démences consécutives aux psychoses systématisées ne doivent lui être rattachées.

Stransky [3] se rallie à une opinion analogue. Pour lui la démence précoce caractérisée par la dissociation entre l'état affectif et le niveau intellectuel moins atteint ne peut englober ni les délires chroniques ni les cas d'amentia de Meynert.

En 1903, l'étude de la catatonie dans ses rapports avec les conceptions de Kraepelin préoccupe un certain nombre d'auteurs et fait l'objet d'un rapport de Claus [4] au congrès de Bruxelles. Claus étudie les différentes théories qui ont présenté la catatonie soit comme une entité morbide, soit comme un syndrôme, soit comme une variété de la démence précoce, et signale sans conclure l'orientation contemporaine vers cette dernière opinion. Au même congrès, P. Masoin [5] étudie l'ensemble des symptômes catatoniques qu'il considère comme particulièrement accusés dans la démence précoce. Un peu plus tard, Paris [6] (novembre 1903) estime que la catatonie caractérise une phase d'une variété de folie dégénérative, qu'il propose d'ap-

[1] MEEUS. *De la démence précoce.* Journal de neurologie, 20 nov. 1902.
id. *De la démence précoce chez les jeunes gens.* Bulletin de la société de méd. ment. de Belgique 1902.
id. *Considérations sur la signification clinique de la démence précoce.* Ann. méd. psych, sept. 1904.
[2] SERBSKY. *op. cit.*
[3] STRANSKY. *Sur la question de la démence précoce* (Centralblatt fur Nervenheilkunde. Janvier 1904).
[4] CLAUS. *Catatonie et stupeur* (Congrès de Bruxelles 1903.
[5] P. MASOIN. Communication au congrès de Bruxelles.
[6] PARIS. *Contr. à l'étude de la catatonie. Catatonie et démence précoce* (arch. de neurol. nov. 1903.

peler psychose catatonique dégénérative après avoir repoussé le terme de démence précoce.

***

Comprenant la nécessité d'une discussion générale sur la question, G. Ballet [1] proposa au congrès de Bruxelles de mettre à l'ordre du jour, pour la première réunion annuelle des aliénistes et neurologistes de langue française, l'étude de la démence vésanique rapide, suivant l'expression d'attente qu'il voulait adopter, et Deny fut chargé de présenter au congrès de Pau (1904) un rapport sur l'ensemble des démences vésaniques.

Les conclusions de Deny [2] furent celles qu'il fallait attendre d'un auteur qui avait résolument admis les conceptions de Kraepelin.

Retournant l'ensemble des propositions généralement acceptées par l'école française (et exprimées en particulier par Arnaud [3] dans le traité de pathologie mentale de 1903), loin de considérer la démence précoce comme une variété rapide d'apparition de l'affaiblissement vésanique, Deny englobe dans la démence précoce considérablement élargie la plupart sinon la totalité des démences consécutives aux folies généralisées, aux psychoses des dégénérés et même aux délires systématisés chroniques. La démence précoce, tout en restant soumise dans les mêmes limites que la paralysie générale à l'inéluctable loi de la prédisposition héréditaire ou acquise, est au même titre et dans la même mesure qu'elle une maladie fortuite ou accidentelle.

Adoptées avec quelques réserves de détail par G. Ballet, Crocq et Masselon, les conclusions du rapporteur furent discutées d'un côté par Garnier, Régis, Parant, Vallon et Doutrebente qui considérèrent comme artificiel l'édifice nosologique construit par Deny, de l'autre par Pactet, Klippel, Colin et Dide, [4] qui tout en reconnaissant l'existence de la démence précoce ne la considéraient pas comme aussi étendue.

Pour Garnier, la psychose systématique progressive ne saurait en aucune façon être associée aux cas d'idiotie retardante auxquels les auteurs classiques ont tous fait allusion. D'après Parant, le fait que des sujets jeunes pour les raisons les plus différentes tombent rapidement dans la démence, ne justifie pas la création d'une entité morbide qui réunirait tous ces cas disparates. Pour Régis et Doutrebente, il faut distinguer de la

[1] Ballet. Congrès de Bruxelles 1903.
[2] Deny. *Les démences vésaniques*. Congrès de Pau 1904.
[3] Voir page 186.
[4] Pour toutes ces communications, voir les comptes rendus du Congrès de Pau (1904) et Parant (ann. méd. psych. mars avril 1905.)

démence précoce décrite par Morel les cas de catatonie et de démence paranoïde qu'on doit rattacher au groupe de la confusion mentale et des psychoses toxiques. Pour Vallon, il est parmi les démences vésaniques des formes d'origine diverse qui sont particulièrement rapides.

Pactet et Colin considèrent la démence précoce comme une affection qui survient chez les sujets jeunes et prédisposés, est incurable et n'a rien de commun avec les psychoses systématisées. Klippel refuse de réunir toutes les démences vésaniques à la démence précoce, celle-ci étant caractérisée par une lésion anatomique essentielle du tissu neuro-épithélial. Dide pense que la démence précoce est une psychose par auto-intoxication survenant avant l'achèvement du développement complet de l'individu.

En résumé, le rapport de Deny et la discussion que fit naître ce remarquable travail, laissèrent subsister toutes les incertitudes doctrinales, en présence desquelles il avait été suscité. Les œuvres les plus récentes témoignent de la persistance de ces incertitudes : En octobre 1904, Etchepaare [1] admet que la démence précoce est une démence primaire et acquise, distincte de la dégénérescence, peut-être due à une infection où à une auto-intoxication ; mais que d'après Kraepelin, la forme paranoïde est beaucoup trop compréhensive. En 1905, Marandon de Montyel [2] s'efforça au contraire de démontrer que la démence précoce n'est ni une démence, ni précoce, et que les trois formes classiques sont des variétés de psychopathies dégénératives ; pour Dide [3], la démence précoce est un syndrome mental toxi-infectieux, subaigu ou chronique, et indépendamment de la démence de Morel, la synthèse de Kraepelin n'est légitime qu'en tant qu'unissant les manifestations communes d'états très divers. Enfin, Régis [4], dans le nouveau précis de psychiatrie, sans discuter la valeur clinique des descriptions de la démence précoce, considère celle-ci comme la forme chronique de la confusion mentale.

*
* *

Afin de suivre plus aisément l'évolution d'ensemble de la

[1] B. Etchepaare. Archivos de psyquiatria y criminologia, Buenos-Ayres, sept. octobre 1904.

[2] M. de Montyel. *Considérations sur la démence précoce*, J. de Neurol. Janvier 1905.

id. *Les formes de la démence précoce.* Gazette des hôpitaux, 17 janvier 1905.

id. *La démence précoce dans ses rapports avec le délire systématisé progressif.* J. de neurologie 5 juin 1905.

[3] Dide. *La démence précoce est un syndrome mental toxi-infectieux subaigu ou chronique* (Revue neurol. 15 avril 1905.)

[4] Régis. *op. cit.* p. 316 et suivantes.

démence précoce au point de vue nosologique, nous avons volontairement négligé de citer, dans l'ordre de leur apparition, un grand nombre de travaux français et étrangers d'une portée habituellement moins générale, mais pourtant d'une très grande valeur en ce sens qu'ils envisagent des points spéciaux de la question et contribuent à la connaissance de plus en plus précise de certains faits cliniques ou anatomiques.

En dehors d'une intéressante communication de Dupré[1] au congrès de Pau, concernant le pronostic de cette variété spéciale, la forme catatonique est l'objet d'études particulières de la part de Deny[2], Mouratoff[3], R. Morini[4], Crisafulli[5], etc. La forme paranoïde est plus spécialement envisagée par Lugaro[6], en 1903, et Ferrarini[7] en 1905. La thèse de Darcane[8] est une intéressante contribution au diagnostic clinique. Citons encore les travaux de Burr[9], de Diefendorf[10], de Conolly Norman[11], de Dercum[12], de Bedoin[13], la revue de Dromard[14] sur les stéréotypies. On admet aujourd'hui l'existence d'une forme fruste intéressante au point de vue des pseudo-guérisons et de la médecine légale avec Sérieux, O. Diem[15], Masselon[16], H. Evensen[17], G. Monod[18], Crocq[19], etc.

Déjà, nettement poursuivie par Kraepelin, l'étude des signes physiques de la démence précoce a préoccupé au cours des dernières années un grand nombre d'auteurs qui, malheureusement, n'ont pas obtenu sur tous les points de résultats présentant assez de constance. L'exagération des réflexes tendineux alliée à

[1] Dupré. *Deux cas de démence catatonique avec guérison.* Congrès de Pau, 1904.
[2] Deny. *La démence précoce catatonique.* Journal de méd. int., 15 août 1903.
[3] Mouratoff. *Etude de la demence catatonique.* Arch. de neurol., janv. 1904.
[4] R. Morini. *Note clinique sur la démence précoce catatonique.* Rev. frénopat. Espan., novembre 1904.
[5] Crisafulli. *Sui fenomeni catatonici, in alc. f. di d. precoce.* Morgagni, août 1905.
[6] Lugaro. *Pseudo halluc.-Psychologie de la démence paranoïde.* Riv. di patol. nerv. et ment. (1-1903).
[7] Ferrarini. *Démence précoce paranoïde.* Riv. sper. di frén. et méd. lég., XXX-XXXI, 1905.
[8] Darcane. *Contribution au diagnostic clinique de la démence précoce.* Th. Paris, 1904.
[9] Burr. *Démence précoce.* Univ. of Penna med. bull., mars 1903.
[10] Diefendorf. *Les symptômes de début de la démence précoce*, sept. 1903.
[11] Conolly Norman. *Démence précoce.* Britisch médical journal, 15 oct. 1904.
[12] Dercum. *La démence précoce.* Journal of the ann. med. assist., 4 fév. 1905.
[13] Bédoin. *Sur la démence précoce.* Thèse Paris, 1904.
[14] Dromard. *Etude clinique sur la stéréotypie des déments précoces.* Arch. de neurologie, mars 1905.
[15] O. Diem. *Die einfach demente Forme der Dementia praecox.* Arch. fur psych. 1903.
[16] Masselon. *Forme fruste de démence précoce.* Archives de neurol., juin 1904.
[17] H. Evensen. *Dementia praecox.* Christiania, 1904.
[18] G. Monod. *Les formes frustes de la démence précoce.* Thèse Paris, 1905.
[19] Crocq. *Les formes frustes de la démence precoce.* Bull. Soc. mentale de Belgique, février 1906.

la diminution des réflexes cutanés, signalée par Dide[1] comme fréquente est un caractère incertain. Dunton[2] voit dans l'hyperexcitabilité mécanique des nerfs et des muscles un bon élément de diagnostic au début. Masoin[3] appelle l'attention sur les attaques épileptiformes. D'après Bumke[4], la constatation de troubles pupillaires qu'on ne rencontre pas dans les psychoses fonctionnelles serait un signe positif en faveur de la démence précoce ; mais combien ces troubles sont variables, si l'on compare les résultats de Mignot[5], Dide et Assicot[6], G. Blin[7], etc. Séglas considère comme habituelles des modifications vasomotrices diverses ; Dide[8] décrit en 1903 le pseudo-œdème catatonique à l'étude duquel Trepsat[9] apporte l'année suivante une nouvelle contribution, tandis que Westphall[10] signale deux cas d'éléphantiasis dans la démence précoce. Les recherches urologiques de Dide et Chenais[11], de d'Orméa et Maggioto[12] démontrent la lenteur habituelle des échanges organiques chez les déments précoces. Le sang de ces malades a été examiné par Dide et Chenais[13], Lhermite et Camus[14], Lewis C. Bruce et Peebles[15], qui semblent pouvoir tirer de leurs recherches quelques indications pronostiques. Pighini et Paoli[16] ont récemment décrit une forme spéciale de globule rouge existant dans le sang des déments précoces. Lewis C. Bruce a constaté que le rythme du cœur est souvent modifié. Roubinovitch et Phulpin[17] ont noté l'existence de troubles cardiaques assez fréquents, parmi lesquels le rétrécissement mitral, ce stigmate cardiaque de dégénérescence.

Le pronostic de la démence précoce est bénin *quoad vitam*, et cela explique que les recherches anatomo-pathologiques sont encore peu nombreuses. Hecker, chez un hébéphrénique, décrivit de la pachyméningite. Kahlbaum, examinant les cerveaux de sept catatoniques, trouva, chez les malades, morts peu de temps après le début de la congestion ; et à une période plus

[1] [2] [3] [4] Cités par Régis. *Op. cit.*, p. 344.

[5] Mignot. Thèse Paris, 1900.

[6] Dide et Assicot. *Troubles oculaires dans la démence précoce.* R. neurol., 30 mai 1904.

[7] G. Blin. *Troubles oculaires dans la démence précoce.* R. neurol., 28 fév. 1906.

[8] Dide. *Pseudo-Œdème catatonique.* Nlle Iconogr. Salpét. nov. 1903.

[9] Trepsat. *Démence précoce catatonique avec pseudo-œdème et purpura.* Nlle Iconogr. Salpét., mai 1904.

[10] Wesphall. Niederch Gesellchaft f. nat. med., 12 décembre 1904.

[11], [13] Dide et Chenais. *Recherches urologiques et hématologiques dans la démence précoce.* Ann. med. psych., nov.-déc. 1902.

[12], [14], [15] Cités par Régis. op. cit., p. 346.

[16] Pighini et Paoli. *Di una speciale forme d. globulo rosso nella d. precoce.* R. sp. di fren et de med. lég. XXXI, 1905.

[17] Roubinowitch et Phulpin. *Contribution à l'étiologie du syndrome démence précoce.* Bulletin médical, 26 nov. 1904.

avancée, de l'atrophie cérébrale Alzheimer[1], Nissl[2] et W. R. Dunton[3] (1903) ont décrit des lésions cellulaires de l'écorce. Klippel et Lhermitte[4], de l'étude attentive de quatre cas, concluent que la démence précoce est le résultat d'une lésion du tissu neuro-épithelial particulièrement vulnérable chez ces malades. Les altérations cellulaires (atrophie avec évolution granulo-pigmentaire, raréfaction) y sont prédominantes bien que diffuses sur les centres d'association. Une autopsie de R. Leroy et Laignel-Lavastine[5] est négative comme les précédentes au point de vue des lésions méningées ou vasculaires et révèle des modifications des grandes cellules pyramidales avec raréfaction des pyramidales géantes au niveau du lobule paracentral.

Dans un cas de Gonzalès[6], on trouve encore signalée l'atrophie cellulaire, mais particulièrement marquée dans la zone rolandique, le bulbe, la protubérance et la moelle cervicale avec, aux mêmes points, augmentation de la névroglie (fait déjà signalé comme accessoire par Klippel et Lhermitte). Le tissu neuro-épithélial est seul atteint dans deux cas examinés par Vigouroux, et Vigouroux et Legrain[7]. Pour de Buck et Deroubaix[8], la démence précoce serait de même une cérébropathie parenchymateuse chronique atteignant de préférence les cellules les plus profondes du cortex, et caractérisée secondairement par une prolifération de la névroglie. Au contraire, dans plusieurs cas, Doutrebente et Marchand[9] ont trouvé à la fois des lésions épithéliales et des lésions méningées et concluent de leurs examens histologiques différents des précédents, que des lésions diverses peuvent donner lieu au syndrôme démence précoce.

***

Nous n'avons presque rien dit chemin faisant des hypothèses pathogéniques qui ont été proposées au sujet de la démence précoce. Sans parler des discussions concernant le rôle plus ou

1, 2, 3 Cités par Régis, *Op. cit.*, p. 361 et suivantes.

4 Klippel et Lhermitte. *Démence précoce. Anatomie pathol. et pathogénie.* R. de Psychiatrie, février 1904.

5 R. Leroy et Laignel-Lavastine. Congrès de Pau, 1904.

6 Gonzalès. *Contribution à l'etude anat. de la démence précoce.* (R. sper di frenat., 31 déc. 1904).

7 Vicouroux ; Vigouroux et Legrain. Soc. méd. psych., 30 oct. 1905.

8 De Buck et Deroubaix. *Consid. anat. pathol. sur la démence précoce.* J. de neurologie, 20 janvier 1906. (Voir aussi le Névraxe, déc. 1905).

9 Doutrebente et Marchand. *Considérations sur l'anat. pathol. de la démence precoce.* Revue neurologique, 15 avril 1905. — Doutrebente et Marchand. *Observations de démence précoce avec autopsie.* Société médico-pschol., 30 octob. 1905.

moins important du terrain dégénératif, on a fait intervenir la puberté, le surmenage, diverses auto-intoxications, etc. La grande variété de ces explications et la part de vérité qne le plus grand nombre paraît contenir est un argument en faveur de ceux qui, comme Ballet[1], Vallon[2] et Régis[3] soutiennent actuellement, qu'il y a non pas une, mais des démences précoces (au moins au point de vue des causes). Il faut donc se résoudre jusqu'à plus ample informé à considérer le diagnostic de démence précoce comme ayant une valeur exclusivement clinique et pronostique à la condition, toutefois, qu'on ne l'applique pas à un nombre trop considérable de cas. Au cours d'une récente discussion à la société de neurologie, E. Dupré[4] faisait remarquer, pour l'avoir entendu dire à Kraepelin lui-même, que cet auteur insiste volontiers sur le caractère hypothétique et provisoire de sa vaste synthèse, et résiste à l'absorption de toutes les démences vésaniques par la démence paranoïde. En même temps, et dans son enseignement oral plus récent encore, Joffroy[5] croyait pouvoir rapprocher les hébéphréniques et les catatoniques et formulait, au sujet de la variété paranoïde, les plus expresses réserves. Au moins faut-il savoir limiter cette dernière forme aux cas où, suivant l'expression de Masselon, le délire est plus fixe que systématisé, cette fixité persistant malgré l'affaiblissement intellectuel réellement précoce.

A cette condition, et en attendant une solution définitive concernant les nombreux points encore obscurs, nous devons à l'ensemble des études tentées à propos de la démence précoce, surtout à l'ensemble des études cliniques, d'avoir l'attention attirée vers des faits des plus importants au point de vue de la pratique psychiatrique. Nous savons qu'à côté des accès délirants curables de certains dégénérés, il existe des états psychopathiques empreints d'un polymorphisme analogue, mais que l'apparition de toute une série de symptômes hébéphréniques ou catatoniques doit faire considérer comme beaucoup plus graves. A ces états, caractérisés par la faiblesse de l'attention volontaire, l'indifférence émotionnelle, l'automatisme psychique, le négativisme ou la suggestibilité, la diminution des images mentales, la stéréotypie des attitudes des gestes et du langage, il est légitime de donner le nom de démence précoce imposé par l'usage, et suffisam-

[1] Ballet. *Une forme anormale de démence pércoce.* Société neurologique, 11 mai 1905.
[2] Vallon. Société méd. psych., 30 octobre 1905.
[3] Régis. *Op. cit.*
[4] Dupré. Société neurologique, 11 mai 1905.
[5] Joffroy. Société neurologique, 11 mai 1905 et leçons cliniques. Ste-Anne, avril-mai, 1906.

ment représentatif, malgré les objections qu'il a soulevées de la situation des malades et du pronostic[1] que cette situation comporte[2].

FAITS ET OPINIONS

LE LANGAGE MUSICAL ET SES TROUBLES CHEZ LES HYSTÉRIQUES[3]

Par J. INGEGNIEROS
Professeur à l'Université de Buenos-Ayres

PREMIÈRE PARTIE : PROBLÈMES DE PSYCHOLOGIE MUSICALE

I. — *Origine et fonction du langage musical selon la psychologie biologique.* — La voix humaine est un geste. La musique est vocale à son origine ; Elle naît des inflexions produites par les sentiments et les émotions dans la voix humaine. Les éléments qui distinguent le chant du langage parlé appartiennent au langage passionné, à l'expression ordinaire des émotions ; la cadence, dans son sens le plus large, est le commentaire des sentiments, des idées exprimés par les mots. L'évolution progressive de ces éléments originairement très simples, détermine les différenciations profondes qui séparent le langage musical du langage verbal ordinaire, en faisant de la musique un puissant moyen d'expression des états émotifs.

II. — *Psychophysiologie de l'émotion musicale.* — La musique — et, dans ses formes plus simples, tout son musical — détermine dans notre organisme deux sortes de réactions. Les unes sont directes, simplement reflèxes, variables selon l'idiosyncrasie personnelle et selon les conditions générales de l'organisme au moment où agit l'excitation musicale ; elles constituent l'émotion musicale et sont semblables à celles de toute autre émotion. Les

[1] La valeur pronostique des signes de la démence précoce (et en particulier des symptômes catatoniques est encore très discutée). SIMON (*nature et évolution de la Catatonie.* Congrès de Lisbonne avril 1906) se refuse à considérer comme habituellement fatal un syndrôme susceptible de s'amender dans 30 0/0 des cas ; le pronostic ne devient réellement sombre que quand des signes nets d'affaiblissement intellectuel se manifestent au cours d'une rémission de l'état catatonique.

[2] Voir encore parmi les travaux récents :
BOIDARD. *Sur la démence précoce, considérations cliniques et pronostiques.* Th. Paris 1905.
KAGI. *La démence précoce dans l'armée.* Th. Bordeaux 1905.
REYNAU. *Démence précoce et hysterie.* id.
STRANSKY. *Uber die Dementia praecox, in ihrer Bedeutung fur die Artzliche Praxis,* (la démence précoce au point de vue de la pratique médicale). Wien médical presse. 16. 23. 30 Juillet 1905.
CRISAFULLI. *Sur l'histologie et la pathogénie de la démence précoce.* Il Morgagni. Janv. 1906.

[3] Conclusions d'un volume qui doit paraitre prochainement.

autres réactions sont indirectes, et l'exitation musicale agit sur la représentation psychique d'émotions musicales précédentes ; sa voie physiologique c'est l'association entre la mémoire sensorielle auditive et la mémoire des états émotifs qui lui ont été précédemment associés. L'excitation musicale agit sur elle comme la parole parlée agit sur la mémoire des idées,

En même temps qu'il y a des différences intrinsèques dans le pouvoir émotionnel de la musique, il existe aussi des différences dans l'aptitude individuelle à ressentir les émotions musicales. Ces différences sont produites par la combinaison des prédispositions congénitales et de l'éducation musicale de l'individu ; elles déterminent dans chaque sujet un certain coefficient d'intelligence musicale qui lui est propre.

III. — *Formes et évolution de l'intelligence musicale.* — Une relation évidente existe entre l'évolution de l'intelligence musicale et l'aptitude au développement du langage musical ; ce dernier, en une certaine mesure, peut être considéré comme l'indicateur du développement intellectuel. Selon le degré d'évolution atteint par leurs aptitudes musicales, les individus peuvent être classés en cinq catégories bien définies.

1. Les *idiots musicaux* ne perçoivent pas la hauteur des tons, ils entendent des bruits au lieu de notes musicales ; ils ont de la « surdité tonale. »

2. Les *imbéciles musicaux* perçoivent la gradation tonale des sons, mais ils n'éprouvent pas de plaisir à l'audition musicale, ne c omprenant pas les sentiments exprimés, par la musique. Ils ont de l'audition sensorielle, mais ils n'ont pas de l'audition psychologique : ils sont dans le cas de quelqu'un qui entend parler une langue inconnue.

3. Les *intelligents musicaux* comprennent la signification émotionnelle de la musique, peuvent acquérir une éducation musicale technique et associer la mémoire des excitations sensorielles avec la représentation des états psychologiques qui l'accompagnent. Le développement de leurs aptitudes musicales varie avec la qualité et la quantité de leur éducation musicale.

4. Les *talents musicaux* développent quelques aptitudes communes aux intelligents musicaux, mieux que la majorité de ceux-ci, qui ont essayé de cultiver ces mêmes aptitudes.

5. Le *génie musical* imagine de nouvelles formes d'expression musicale, ou bien il conçoit et réalise, d'une manière entièrement personnelle, des formes d'expression musicale déjà connues.

Deuxième partie : Les troubles du langage musical chez les hystériques

I. — *La psychophysiologie du langage musical.* — Le langage musical est constitué par un ensemble de sons, ou de représentations de sons, dont se sert l'homme pour exprimer ses émotions musicales directes, et par les représentations d'états émotifs qui constituent les diverses formes de l'intelligence musicale éduquée.

Il dérive du langage ordinaire et se compose d'éléments analogues, fonctionnant par un mécanisme psychologique semblable.

Il existe un parallélisme génétique et physiologique entre le langage articulé verbal et le langage musical : leur évolution est concomitante. Le langage musical est une fonction analogue au langage ordinaire, mais distincte de celui-ci, avec évolution et développement autonomes : il dépend de centres fonctionnels formés dans l'écorce cérébrale et possède des images propres, lesquelles sont susceptibles d'éducation, peuvent être modifiées et détruites indépendamment des formes homologues du langage articulé verbal.

Ses centres sensoriels sont deux et reçoivent des images sensitives de l'ouïe et de la vue ; ses centres moteurs sont trois et contiennent les images motrices du chant, de l'écriture musicale et de l'exécution instrumentale. Ce dernier centre fonctionnel varie selon les groupes musculaires qui interviennent à chaque genre d'exécution. Le type fonctionnel revêt des caractères divers suivant les individus ; les images auditives, d'articulation, d'exécution, visuelles ou graphiques peuvent être tour à tour prépondérantes et constituer ainsi des types distincts ; si aucun genre d'images ne l'emporte sur les autres, on a le type complet ou indifférent. L'éducation exerce une influence très grande sur le développement et la complexité du langage musical. Les centres physiologiques de ce langage se trouvent spécialisés dans les centres du langage ordinaire, ayant avec ceux-ci une relation de la partie au tout ; les images auditives, visuelles, phoniques et graphiques constituent des « subcentres » compris dans les centres de Wernicke, Kussmaul, Broca et Exner.

Les images motrices de l'exécution instrumentale se localisent dans la zone motrice, constituant des centres physiologiques variables, puisque l'association systématique varie pour l'exécution de chaque instrument.

II. — *Les troubles du langage musical.* — Quand la notion du sens symbolique des divers modes d'expression, constituant le langage, se trouve altérée — c'est-à-dire la corrélation entre les états psychiques et les gestes, sons, ou signes qui les traduisent, — et chaque fois que le mécanisme psychophysiologique de ces modes d'expression est troublé, nous disons qu'il existe un trouble du langage : une forme quelconque d'« asymbolie » ou de « dyssymbolie ». Le chapitre le plus important de ces perturbations est celui des *aphasies*, dont l'étude clinique peut être considéré comme ayant abouti à des conclusions définitives.

Charcot a observé et décrit des formes spéciales d'aphasies dans lesquelles prédominent les troubles du langage musical ; d'autres cliniciens éminents ont décrit des observations semblables, rédigeant ainsi le chapitre spécial des amusies *ou aphasies musicales*. En général, nous pouvons dire qu'on observe autant de formes d'amusies qu'il y a d'aphasies, le mécanisme physio-pathologique étant analogue ; tout ce que nous savons sur la physio-pathologie des aphasies peut s'appliquer à l'interprétation clinique des amusies, de même que les schémas généralement admis pour

expliquer les troubles du langage ordinaire. Si la perturbation du langage musical n'est associée à aucun trouble du langage commun, nous disons que l'amusie est *pure* ; si elle accompagne l'aphasie, nons disons qu'elle est *combinée*. Si le trouble embrasse toutes les formes du langage musical, nous sommes en présence d'une amusie *totale* ; si elle affecte deux formes ou plus, mais non toutes, l'amusie est *multiple* ; elle est *partielle* si le trouble ne se manifeste qu'en une seule des formes élémentaires du langage. Quand la perturbation supprime de façon absolue la fonction affectée, l'amusie est *complète* ; elle est *incomplète* autrement.

L'étude des amusies proprement dites se complète par l'étude des autres perturbations similaires qui sont en rapport avec l'intelligence musicale A cause de cela, les *dysmusies* comprennent trois groupes 1° les *amusies*, ou aphasies musicales, analogues aux aphasies communes ; 2° les *hypermusies*, exagérations morbides des fonctions propres du langage musical ; 3° Les *paramusies*, aberrations dans lesquelles les fonctions ne sont ni supprimées ni exagérées, mais seulement détournées de leurs formes ordinaires.

III. — *Troubles hystériques du langage musical.* — Chapitre nouveau dans la pathologie du langage musical, dans l'étude clinique des dysmusies. Toutes ses formes peuvent être observées chez des sujets hystériques. Le groupe clinique fondamental des *dysmusies hystériques* est formée par les *amusies ou aphasies musicales hystériques ;* on y observe le caractère spécifique de tous les accidents hystériques systématisés ; ce sont des syndrômes fonctionnels et non des syndrômes anatomiques, de même que le hoquet, la toux, le mutisme, etc... Les *hypermusies et les paramusies* hystériques complètent ce groupe, qui peut se résumer dans le schéma suivant. (Les observations cliniques de l'auteur se rapportent aux formes écrites en italique).

- Dysmusies hystériques
  - *Amusie (totale)*
    - Sensorielle (complète)
      - *Surdité musicale (partielle).*
      - Cécité musicale ou alexie.
    - *Motrice (complète)*
      - *Aphémie musicale (partielle).*
      - *Aphémie instrumentale (partielle).*
      - Agraphie musicale.
  - Hyper-musies
    - *Raptus musicaux.*
    - Impulsions obsessives.
    - *Mélodisation incoërcible de la lecture.*
    - Etc.
  - Paramusies
    - *Phonophobie.*
    - *Phobie avec réactions convulsives.*
    - *Obsessions musicales.*
    - *Audition colorée.*
    - *Associations morbides.*
    - *Dissonophobie.*
    - Etc.

IV. — *Les amusies hystériques.* — Elles peuvent être totales ou complètes, qu'elles soient sensorielles ou motrices ; à un autre

[illegible] avec les [illegible].

[illegible] hystériques [illegible]. En voici [illegible].

1° [illegible] formes sensorielles et motrices du langage musical chez un sujet de culture [illegible] sans coexistence d'aucune perturbation du langage ordinaire.

2° [illegible] perte de l'audition musicale à la suite d'une crise hystérique de forme convulsive, avec conservation parfaite du chant et de l'exécution au piano par simple mémoire des images motrices des mouvements musculaires (la malade jouait de mémoire); on n'a observé aucune perturbation du langage articulé verbal.

3° *Amusie motrice, combinée avec [illegible]* : suppression du chant et conservation de l'ouïe musicale; les troubles concordent avec ceux du langage ordinaire. Cette forme est fréquente, bien qu'on ne l'ait pas décrite spécialement.

4° *Amusie motrice, combinée avec aphasie et hémiplégie droite hystérique* : cas analogue au précédent, combiné avec hémiplégie : cette forme est très fréquente dans les hémiplégies hystériques droites.

5° *Amusie motrice partielle combinée avec aphasie motrice complète* : la malade ne peut pas chanter, mais elle peut écrire de la musique, jouer du piano, lire et entendre la musique. Les perturbations du langage ordinaire ne sont pas équivalentes, puisqu'il y a de l'aphasie motrice complète et que la malade ne peut ni lire ni écrire.

6° *Aphémie instrumentale pure* : la malade ne peut pas jouer du piano, mais elle conserve intacts le chant, la lecture, l'écriture : et l'audition musicale reste indemne.

V. — *Hypermusies hystériques.* — L'exagération morbide des fonctions et des aptitudes musicales se constate fréquemment chez les hystériques : la plus grande partie correspond plutôt à l'étude de la folie hystérique et de l'état mental hystérique qu'à l'étude du langage musical.

7° *Impulsions musicales* : Crises impulsives et incoërcibles de composition musicale ; ce ne sont ni une *aura* ni un équivalent de l'attaque, mais plutôt le produit auto-suggestif d'une idée fixe.

8° *Mélodisation incoërcible de la lecture ordinaire* :
La malade ne peut lire à haute voix ni une lettre, ni un journal, ni un livre, sans chanter ce qu'elle lit ; se trouvant dans l'impossibilité d'étudier en lisant mentalement, elle a dû abandonner ses études.

VI. — *Paramusies hystériques.* — Elles sont fréquentes et de caractère très varié.

9° *Phonophobie totale* : Horreur absolue pour toutes sortes de sons.

10° *Obsession mélodique* : Tendance à la répétition d'une phrase musicale.

11° *Audition colorée* : Association systématique des images musicales avec des images visuelles.

12° *Association morbide érotico-musicale* : La malade, à la suite d'une

[1] Toutes les observations auxquelles il est brièvement fait allusion dans cet article ont été publiées *in extenso* dans le *Journal de Psychologie normale et pathologique* de mars-avril 1906, 3e année, n° 2. — Alcan, éditeur.

auto-suggestion persistante, a des excitations sexuelles en entendant une certaine musique, jusqu'à éprouver une complète émotion sexuelle.

13° *Phobie musicale avec réactions convulsives :* Chaque fois que la malade entend jouer du violon elle est prise d'un violent accès convulsif.

14° *Dissonophobie :* Obsession systématique qui oblige le malade à compléter chaque son par une formule musicale et à chercher sa résolution harmonique (Observation du professeur Richard Colon).

15° *Association catameno-musicale :* Il existe une relation directe entre l'excitation ou l'émotion musicale, et la durée et la quantité de la fonction menstruelle (Observation du docteur N. Vaschide)

VII. — *Physiopathologie des dysmusies hystériques.* — La physiopathologie de toutes ces perturbations hystériques n'est pas unique. D'une part nous rencontrons des désordres atypiques et non systématisés, les *hypermusies* et les *paramusies ;* il serait inutile de chercher une explication physio-pathologique commune puisqu'elle diffère pour chaque cas. Elles appartiennent aux désordres mentaux de l'hystérie : leur localisation anatomo-pathologique n'est pas bien précisée, pas plus que la pathogénie du trouble qui détourne la fonction des cellules nerveuses.

D'autre part, nous rencontrons des désordres typiques et systématisés, les *amusies*, dont nous pouvons préciser la physio-pathologie, de même que celle de tous les autres accidents hystériques.

Pour les amusies nous savons que les centres du langage musical sont superposés aux centres du langage ordinaire, et sont de véritables « subcentres » avec des fonctions spécialisées. La localisation anatomo-pathologique de chaque amusie sensorielle ou motrice correspond à la localisation des aphasies similaires. Dans le cas particulier des *aphémies instrumentales* la localisation est différente pour chaque instrument ; elle correspond à la perturbation de systèmes fonctionnels de neurones spécialisés dans la zone motrice prérolandique, en associant les centres des muscles qui interviennent à chaque mode d'exécution instrumentale. Toutes les amusies répondent à une localisation fonctionnelle et non à une localisation anatomique. Les deux théories fondamentales de la genèse et de la nature de l'hystérie — la théorie psychologique, représentée par Janet, et la théorie physiologique, représentée par Sollier — se complètent réciproquement, malgré leur apparence contradictoire. La première est une explication clinique des phénomènes, essentiellement descriptive ; la deuxième est une interprétation physio-pathologique de ces mêmes phénomènes. Les mots « sommeil cérébral » de Sollier, qui synthétisent la pathogénie de l'hystérie doivent être pris en un sens générique, asthénie, torpeur, etc. bien qu'il y ait une *suspension de fonctions*. Si on admet — ce que Sollier ne nie pas — que ce sommeil des centres cérébraux peut être plus ou moins partiel ou généralisé, se localisant et s'alternant dans des centres fonctionnels dont l'anatomie est indiscutée, on concilie avec cette conception tous les troubles psychologiques magistralement décrits par Janet : dédoublement de la personnalité, débilitation des synthèses psychologi-

ques, aboulies, rétrécissement du champ de la conscience, etc... La pathogénie de « la désagrégation mentale », fait clinique prédominant, d'après Janet, est explicable, précisément, par les sommeils cérébraux plus ou moins localisés et alternant, plus ou moins fugaces ou persistants.

Les mêmes perturbations vasculaires, microchimiques, ou autres, de l'écorce cérébrale, qui se traduisent par des anesthésies, des paralysies etc... produisent l'aphasie, quand elles se localisent dans la zône fonctionnelle du langage commun. Nous savons que les centres du langage musical sont spécialisés dans les centres généraux du langage commun, constituant un système fonctionnel autonome. Il suffit que la même perturbation produisant l'anesthésie, la paralysie ou l'aphasie, se localise spécialement dans les centres du langage musical pour déterminer les divers syndromes de l'amusie hystérique. Si cette perturbation s'y localise exclusivement (s'ils « sont dissociés », dirait Janet, s'ils « sont endormis », dirait Sollier), sans aucune lésion des centres du langage commun, nous aurons les amusies *pures ;* si la perturbation s'étend aux deux catégories de centres, nous aurons les *amusies combinées avec aphasie ;* si elle atteint d'autres régions de l'écorce cérébrale, nous pouvons avoir des formes combinées avec divers accidents hystériques, comme dans notre observation d'amusie combinée avec aphasie et hémiplégie. Si un seul centre est « endormi » ou « dissocié » nous aurons l'amusie *partielle* : si plus d'un, l'amusie *multiple ;* si tous les centres, l'amusie *totale.*

Ces dissociations cliniques du langage musical ordinaire, sous toutes ses formes, peuvent être provoquées expérimentalement chez quelques hystériques par la simple suggestion : on les obtient plus facilement si les suggestions se font pendant le sommeil hypnotique, lequel augmente considérablement la suggestibilité des sujets.

OBSERVATION

PSEUDO SUICIDE D'UN PARALYTIQUE GÉNÉRAL

par A. Delmas
(Interne de l'Asile de Vaucluse)

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de notre maître, M. Vigouroux, à l'Asile de Vaucluse, un paralytique général dont la mort est survenue par syncope à la suite de l'introduction d'un mouchoir dans la bouche. Les circonstances qui ont amené cette mort prêtent à quelques considérations de médecine légale : c'est à ce titre que nous rapportons l'histoire de ce malade.

Jules S...., âgé de 41 ans, ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ou collatéraux. Son père est mort à 66 ans

d'une cardiopathie ; sa mère, encore en vie, est bien portante. Il n'a eu qu'un frère, mort en bas âge d'une affection indéterminée. Il s'est marié et n'a eu qu'un enfant qui a actuellement 16 ans et est bien portant. Sa femme n'a jamais fait de fausse couche.

Lui même était d'une bonne santé habituelle. Il a été réformé pour varices des membres inférieurs. D'abord garçon de café, il s'est ensuite établi marchand de vins. Il était gros mangeur et grand buveur et trompait souvent sa femme sans qu'il ait jamais eu d'autres accidents vénériens qu'une blenorrhagie, contractée il y a 18 mois et soignée en cachette de sa femme. Il était violent, querelleur, brutal et très jaloux dans le ménage. Sa colère s'exerçait aussi contre les clients, qu'il éloignait parfois de son comptoir.

Vers le mois d'avril 1904, sa femme s'aperçut qu'il présentait des troubles de la mémoire. En même temps son humeur changeait, il devenait apathique, indifférent. Bientôt il commit de fréquentes erreurs dans son commerce, acceptant des payements insuffisants ou rendant trop de monnaie, ce qui, ajouté à l'embarras de la parole commençant, l'obligea à abandonner son métier. Il a eu à ce moment quelques idées de richesse qui ont disparu pour faire place à de la dépression, de la tristesse et des préoccupations hypochondriaques. Dans les derniers mois qui précédèrent son entrée à l'Asile, il voulait toujours se tenir au lit disant qu'il était malade. Il n'a jamais eu d'ictus.

A son entrée à l'Asile, le 21 octobre 1905, c'est-à-dire dix-huit mois après le début des accidents, il présente un ensemble de signes physiques très net : inégalité pupillaire, reflexes à la lumière très paresseux, embarras de la parole, tremblement de la langue et des mains. Au point de vue mental, on constate de l'affaiblissement intellectuel et des idées hypochondriaques, alternant avec de l'euphorie niaise.

L'évolution de la maladie se fait progressivement jusqu'au mois de février 1906. A cette date les signes physiques de l'entrée persistent ; l'état démentiel s'est accentué ; le malade est inconscient de son état ; il est euphorique, il se trouve bien à l'Asile et déclare tous les matins que le jour même sa femme va venir le chercher. C'est à ce moment que se place l'accident qui entrainera la mort du malade.

Le 3 février 1906 à 5 heures du matin, l'infirmier veilleur voit le malade qui, après une nuit calme, se lève et fait son lit : il l'observe jusqu'à ce qu'il soit recouché. A 6 h. 1/2 le surveillant de la salle, voulant faire lever le malade, s'approche du lit où il semblait reposer dans l'attitude du sommeil. Il le voit immobile, le visage décomposé, un bout de mouchoir s'échappant des lèvres. — Il s'empresse de retirer le mouchoir tassé dans la bouche et le pharynx et frictionne le malade. Appelé aussitôt, nous constatons que le corps est déjà froid; le visage du malade ne présente ni cyanose, ni taches livides ; il ne porte aucune trace de violence, écorchure ou égratignure; il n'y a pas non plus d'ecchymoses sous conjonctivales.

Cette mort accidentelle signalée au Parquet de Corbeil provoque une enquête du Procureur de la République et une autopsie médico-légale faite par le médecin légiste de l'arrondissement.

L'autopsie fut faite trente-deux heures après la mort. Le corps présentait une paleur cadavérique ; aucune ecchymose, ni écorchure sur les lèvres ou dans l'intérieur de la bouche ; aucune trace de violence ; le visage n'est pas congestionné.

A l'ouverture du crâne on constate les lésions d'une méningo-encéphalite diffuse : la pie mère est épaissie, opalescente, congestionnée par place mais surtout à la partie déclive, adhérente à la corticalité. Liquide céphalo rachidien très abondant.

Les hémisphères pèsent chacun 580 gr. et ne présentent pas en dehors des ulcérations produites par l'arrachement des méninges, de lésions localisées ; pas de congestion.

Le bulbe présente des granulations du plancher du 4me ventricule

Le cervelet pèse 180 gr. et présente de l'épaississement des méninges.

Les poumons pèsent respectivement, le droit 640 gr., le gauche 620 gr. Ils présentent des adhérences pleurales aux deux sommets et une congestion hypostatique peu intense. Pas de caillot blanc dans l'artère pulmonaire ; pas de taches ecchymotiques sous pleurales.

Le cœur pèse 370 gr. ; le cœur droit ne renferme pas de caillot ; il y a un léger athérome aortique.

Le foie (1500 gr.) est gras, teinte jaune. Les reins (320 gr.) la rate 120 gr. sont normaux.

L'autopsie médico-légale, l'enquête du magistrat et la nôtre permettent tout d'abord d'écarter l'hypothèse d'un meurtre. C'est donc le malade lui-même qui s'est donné la mort en introduisant le mouchoir dans la bouche. Y a-t-il eu asphyxie ?

Les constatations immédiate (attitude du malade, absence de cyanose de la face et d'ecchymoses sous conjonctivales) et surtout les constatations nécropsiques (absence de congestion pulmonaire, d'ecchymoses sous pleurales, de caillot dans le cœur droit et les vaisseaux pulmonairés) doivent faire écarter ce diagnostic et la conclusion légitime c'est que notre malade a succombé à une syncope dont le mécanisme doit être le reflexe d'inhibition provoqué par le contact du mouchoir avec la muqueuse laryngée.

Ce premier point établi, on doit se demander s'il s'agit là d'un suicide ou d'un accident ?

Le suicide au cours de la paralysie générale a été signalé par différents auteurs. MM. Marie et Viollet ont publié (société médico-psychologique, juillet 1904) deux observations de paralytiques généraux qui se sont donné la mort, l'un à l'aide d'un tranchet, l'autre à l'aide d'un revolver. Dans cette même communication les auteurs rappellent un cas de suicide par pendaison et plusieurs tentatives sérieuses mais non suivies d'effet. Mais dans tous ces cas de suicide vrai, il s'agissait de malades au début de leur affection. Il reste acquis que les paralytiques avérés, avec démence constituée, ne se suicident pas. Notre malade en particulier était dans un état démentiel qui ne lui permettait pas la synthèse d'une idée de suicide.

Lorsque les paralytiques généraux, à une période avancée, sont les propres artisans de leur mort, ils le sont involontairement et il s'agit dans ces cas non de suicides vrais mais de pseudo-suicides c'est-à dire de suicides auxquels la volonté n'a point de part et qui se produisent accidentellement. Ces pseudo-suicides peuvent être rapprochés des autres actes des paralytiques généraux et comme eux groupés en délirants, démentiels et automatiques.

Les pseudo-suicides qu'on peut rapprocher des actes délirants sont ceux qui dérivent par déduction logique d'un délire préalable. Les exemples en sont bien connus et rapportés par tous les auteurs. Il nous suffira de rappeler ces lignes de M. Ritti (article « *suicide* » du dictionnaire encyclopédique). « C'est parmi les paralytiques à

forme expansive qu'on trouve parfois des morts accidentelles qu'on est porté à considérer comme des suicides. Le plus souvent les idées délirantes de grandeur sont la cause de l'accident : tel ce paralytique qui va se placer en face d'une locomotive en marche pour montrer qu'il est de force à pouvoir l'arrêter ; tel aussi, cet autre, qui voulant prouver qu'il peut voler aussi bien qu'un oiseau, monte sur un arbre et se lance dans le vide. »

Les pseudo-suicides à caractère démentiel ne sont jamais peut-on dire suivis d'effet. MM. Magnan et Sérieux (*La paralysie générale*) disent avec raison que les mobiles comme les procédés d'exécution des tentatives de suicide de ces malades sont généralemeut absurdes. « L'un sourit en racontant qu'il voulait mourir..... Une paralytique hallucinée entend dire « qu'ils se pendent » elle cherche à se pendre également « pour faire comme eux »..... Une malade qui veut s'asphyxier par le charbon ferme la clef de son poële ; mais, réfléchissant que la fumée va noircir ses rideaux, elle va ouvrir la fenêtre..... »

Notre malade ne rentre ni dans l'une ni dans l'autre de ces deux catégories : il n'a jamais fait de tentative et n'a jamais eu d'idées de suicide. Il s'est donné la mort par un acte involontaire qu'on pourrait qualifier d'automatique. Les actes automatiques des paralytiques généraux ont été bien étudiés par M. Truelle (société médico-psychologique 1901) qui les a opposés aux actes instinctifs et volontaires de ces mêmes malades. Il les a définis « ceux qui se produisent sans incitation volontaire ou reflexe connue » et a montré qu'ils existaient non seulement dans la forme maniaque aiguë de la paralysie générale, mais encore à la période ultime de cette affection, à la période démentielle. Les actes automatiques peuvent être dangereux et parfois devenir une cause indirecte de mort. Tels sont les pseudo-suicides automatiques.

C'est un cas de ce genre que nous avons rapporté ; c'est en effet par un acte automatique que notre malade avait tassé le mouchoir dans son pharynx et s'était ainsi donné la mort. Dans nos recherches bibliographiques, nous n'avons trouvé qu'une observation semblable rapportée dans la communication de MM. Marie et Viollet ; c'est celle d'un malade de M. Vallon qui succomba par asphyxie à la suite de la déglutition d'un cataplasme de farine de lin.

LES SERVICES

LA FOLIE DANS LES PRISONS [1]

(*Création d'un service d'examen médico-psychologique des détenus*)

Par le Docteur PACTET

Médecin en chef de l'Asile de Villejuif.

Le but de cette communication est d'établir qu'il existe des aliénés dans les prisons, de faire voir par suite de quel concours

[1] Résumé d'une communication faite par l'auteur au Congrès international de médecine de Lisbonne (avril-1906).

de circonstances ils s'y trouvent et de rechercher les moyens propres à mettre fin à une situation défectueuse, aussi bien au point de vue purement humanitaire, qu'au point de vue du fonctionnement régulier de l'organisme social que sont les établissements pénitentiaires.

Dire qu'il existe des aliénés dans les prisons, c'est énoncer une proposition qui a la valeur d'un axiome. La réalité du fait est mise en évidence : 1° par les statistiques des médecins qui, au courant de la pathologie mentale, ont eu la possibilité d'examiner les hôtes des prisons ; 2° par les cas qu'ont relatés les médecins d'asiles d'aliénés qui recevaient dans leurs services des détenus atteints de troubles mentaux, après un séjour plus ou moins prolongé à la prison ; 3° par les résultats d'une enquête, dont l'auteur a pris l'initiative, auprès des médecins aliénistes des différents pays ; 4° par les opinions concordantes des directeurs d'établissements pénitentiaires de France qui tous s'accordent à reconnaitre qu'un chiffre notable de leurs pensionnaires pourraient utilement être soumis à un examen médico-psychologique.

Les aliénés qui se trouvent dans les prisons ont une double origine : les uns, et probablement les plus nombreux, étaient déjà atteints d'aliénation mentale au moment où ils ont été condamnés par les tribunaux et leur état de maladie a été méconnu par les juges ; les autres sont devenus malades au cours de l'accomplissement de leur peine.

Il est difficile d'établir d'une façon exacte la proportion des aliénés qui se trouvent dans les prisons, puisque, jusqu'à ce jour, aucune recherche méthodique n'a été entreprise pour élucider la question. L'on est obligé, à cet égard, de s'en tenir aux renseignements fournis par les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, médecins de prisons ou médecins d'asiles, aux documents officiels, bien que très incomplets, de l'administration pénitentiaire et au mouvement des entrées à l'établissement spécial de Gaillon qui, jusqu'à cette année, recevait les détenus condamnés à plus d'un an de prison devenus aliénés pendant leur séjour dans les maisons centrales. Ferrus évaluait cette proportion à 11 pour mille, Parchappe à 6 pour mille, Sauze à 20 pour mille, Bailleul a trouvé 226 cas d'aliénation préexistante à l'internement, dans une période de sept années ; Paul Garnier, en cinq ans, a reçu à l'infirmerie spéciale du Dépôt 255 aliénés sortant des prisons de la Seine. Magnan en voit entrer dans son service, en moyenne, 30 par an ; Henri Monod, qui fit une enquête auprès des médecins d'asiles, au sujet des aliénés recueillis dans les asiles publics après condamnation, réunit pour la période de 1891 à 1899, 479 cas ; enfin les entrées à l'asile spécial de Gaillon, de 1893 à 1902, ont été de 260. Aujourd'hui les statistiques des différents pays s'accordent à évaluer à 5 ou 6 0/0 le nombre des aliénés que renferment les maisons de détention et, en France, plusieurs directeurs de prisons, avec qui j'ai eu l'occasion de m'entretenir, estiment que 15 0/0 environ de leurs pensionnaires devraient faire l'objet d'un examen de la part des médecins aliénistes. Henri Colin qui fut pendant plusieurs

années médecin de l'asile de Gaillon, dans un livre que nous avons publié ensemble sur les Aliénés dans les prisons, déclare et prouve que le chiffre des malades internés dans cet établissement est loin de représenter le nombre exact des aliénés qui se trouvent dans les maisons centrales. En effet, les seules maisons centrales qui dirigent les aliénés sur l'asile de Gaillon sont celles où le service médical est fait par des médecins familiarisés avec les symptômes des maladies mentales.

Le séjour des aliénés dans les prisons est parfois fort long avant que leur état mental attire l'attention. On voit, dans l'enquête de M. Monod, que 14 aliénés y ont séjourné moins d'un mois, 27 de un à deux mois, 13 de deux à trois mois, 7 de trois à quatre mois, 6 de quatre à cinq mois, 3 de cinq à six mois, 3 de six mois à un an, et 1 près de trois ans. J'ai observé un aliéné persécuté, condamné à cinq ans de prison pour tentative d'homicide, qui accomplit intégralement sa peine et dans l'ouvrage auquel je faisais allusion plus haut, sur les aliénés dans les prisons, on peut remarquer que des malades sont restés en prison deux ans, trois ans, quatre ans et même six ans avant d'être envoyés dans un asile.

Cette longue durée du séjour d'aliénés dans les établissements pénitentiaires s'explique, en premier lieu, par l'inaptitude du personnel de surveillance à reconnaître, dans tous les cas, l'existence de la folie chez les détenus ; ensuite, par le maintien en prison de détenus notoirement aliénés pourvu qu'ils travaillent régulièrement et n'apportent pas de perturbation au fonctionnement des divers services, et enfin par l'insuffisance, universellement constatée, du service médical ordinaire des prisons, pour faire, en toute certitude, le diagnostic de l'aliénation mentale.

Les inconvénients d'une telle situation sont multiples. Elle constitue une violation de ce principe, universellement admis aujourd'hui, que la place des aliénés ne peut être qu'à l'asile. Elle expose les aliénés inadaptables au milieu, du fait de leur état pathologique, à subir les rigueurs d'un règlement sévère. Certaines infractions à la discipline peuvent entraîner une punition de 90 jours de cellule ténébreuse, et enfin elle crée un réel danger, comme le montre un incident récent survenu à la prison de Fresnes, où un détenu, atteint de délire de persécution, fit le jour même de sa libération et sous l'influence de son délire, une tentative de meurtre sur l'un de ses gardiens.

Existe-t-il des moyens de la faire disparaître? Assurément. Elle se trouverait déjà atténuée si l'on exigeait des connaissances en pathologie mentale de tout médecin chargé d'un service pénitentiaire. Mais elle réclame des mesures plus radicales et le moyen le plus apte à y mettre un terme, consisterait à suivre l'exemple qui a été donné, il y a plus de quinze ans par un pays d'Europe, la Belgique, où un service spécial, désigné sous le nom de service de médecine mentale des prisons, et confié à deux médecins aliénistes, a été créé dans le but d'éliminer des établissements pénitentiaires, les détenus qui relèvent de l'asile d'aliénés.

L'utilité de ce service se mesure aux résultats obtenus. En

France, une population d'environ 22.000 prisonniers a donné, de 1893 à 1902, c'est-à-dire pendant une période de dix ans, une moyenne annuelle de 26 entrées à l'asile spécial de Gaillon ; en Belgique, un nombre de détenus inférieur à 4.000, a donné lieu, chaque année, à 130 examens de la part du service de médecine mentale.

Une tentative timide a été faite, en France, pour s'engager dans la voie tracée par la Belgique ; cette tentative est due à mon initiative et à celle de mon collègue de Villejuif, le Dr Henri Colin.

Il s'agissait d'obtenir l'autorisation d'examiner dans quelques prisons, les détenus chez qui l'étude du dossier aurait permis de soupçonner des anomalies psychiques.

L'appui du ministre de l'intérieur et du directeur de l'administration pénitentiaire, M. Grimanelli, nous fut aussitôt acquis. Mais ne tardèrent pas à surgir des résistances qui, s'abritant derrière une prétendue crainte d'éveiller les susceptibilités de la magistrature, au cas où un nombre important d'aliénés serait signalé, aboutirent à restreindre l'étendue et l'efficacité de notre action, en remettant exclusivement à l'administration le soin d'indiquer les sujets qui devraient être examinés.

L'état de choses que je signale, c'est-à-dire la présence d'aliénés dans les prisons, est de tous les pays ; les médecins d'Amérique comme ceux de l'Europe, en ont signalé l'existence.

Aussi le Congrès ferait-il œuvre humanitaire en aidant à l'accomplissement d'une réforme réalisée déjà en Belgique, ébauchée en France, indiquée partout, et en émettant un vœu en faveur de la création, dans chaque pays, d'un service d'examen médico-psychologique des détenus, à la tête duquel seraient placés des médecins aliénistes[1].

REVUE DES THÈSES

BOIDARD. — **Sur la démence précoce** *(Considérations cliniques et pronostiques avec observations personnelles)*. Thèse de Paris, Jouve, nov. 1905. — Cette thèse contient des observations détaillées prises à l'asile de Saint-Ylie (Jura). Les observations de B... montrent que le problème de la démence précoce laisse encore à résoudre de nombreuss difficultés, même au point de vue clinique le mieux étudié. En présence du polymorphisme symptomatique, le diagnostic peut rester longtemps en suspens. Des rémissions inattendues et prolongées commandent de réserver le pronostic.

Le diagnostic de démence précoce pourrait peut-être être discuté dans quelques-uns des cas signalés par l'auteur. Mais B... est-il responsable de l'imprécision des cadres de la maladie qu'il étudie ?

JUQUELIER.

A.-A. BROCHET. — **Essai de procédé manuel de topographie crânio-encéphalique.** Thèse Bordeaux, 1905. — Travail intéressant, du laboratoire de médecine opératoire du Dr Marre, de Bordeaux. L'auteur décrit un procédé nouveau qui permet à tout chirurgien de trouver

[1] Conformément aux conclusions de l'auteur, le Congrès a émis un vœu en faveur de la création, dans chaque pays, d'un service d'examen médico-psychologique des détenus, service qui serait confié exclusivement à des médecins aliénistes.

rapidement, sans le secours d'appareils, les points autour desquels il lui faudra ouvrir la boite crânienne pour trouver la région du cerveau dont la lésion a nécessité l'intervention : extrémité supérieure du sillon de Rolando, pied de la 3e frontale, branche postérieure de l'artère méningée moyenne, etc. La plupart de ces déterminations s'obtiennent au moyen du pouce placé dans trois situations différentes par rapport à l'arcade zygomatique. A. VIGOUROUX.

A. BRUEL. — **Traitement des chorées et des tics de l'enfance.** Thèse Paris, Steinheil, 1906. — Travail fait dans le service du Pr Brissaud, dont les conclusions pratiques sont les suivantes :

1° Deux modes de traitement sont particulièrement efficaces contre les chorées et les tics de l'enfance :

A) L'alitement et l'isolement;

B) La discipline psycho-motrice.

2° L'alitement et l'isolement sont surtout recommandables pour les jeunes choréiques.

La discipline psycho-motrice convient plus spécialement aux jeunes tiqueurs.

Mais, chez les uns comme chez les autres, l'alternance ou la combinaison de ces deux procédés thérapeutiques représente la méthode de choix.

3° L'alitement et l'isolement peuvent être pratiqués :

I) A demeure;

II) Dans un établissement spécial.

Ces modes de traitement comportent plusieurs degrés :

a) L'augmentation du séjour nocturne au lit;

b) L'augmentation du séjour nocturne au lit avec alitement diurne gradué;

c) L'alitement absolu avec isolement;

d) L'alitement absolu avec isolement dans l'obscurité.

4° La discipline psycho-motrice, applicable aux choréiques comme aux tiqueurs, ne vise pas simplement la disparition des « mouvements nerveux ». Elle a pour but la correction de toutes les habitudes fonctionnelles fâcheuses. C'est la thérapeutique des mauvaises habitudes.

5° A ces modes de traitement essentiels, il peut être utile d'ajouter certaines indications (hydrothérapie tiède, aérothérapie) et, dans quelques cas, surtout pour les jeunes choréiques, l'emploi de médicaments, en particulier la valériane, le fer, l'arsenic, l'antipyrine.

A. VIGOUROUX.

A. DUMORA. — **Paraphasie, jargonaphasie et démence.** Thèse Bordeaux, 1905. — Travail intéressant fait sous la direction de MM. Pitres et Anglade. Après avoir fait l'histoire des aphasies et avoir bien défini la paraphasie et la jargonaphasie, l'auteur apporte dix observations personnelles avec autopsies, dans lesquelles il s'attache à l'étude clinique de l'état mental de ses sujets et l'examen histologique de leur cerveau.

Ses deux conclusions principales sont : 1° qu'à la paraphasie et à la jargonaphasie correspondent des lésions du tiers supérieur des deux premières circonvolutions temporo-sphénoïdales. Ces lésions sont représentées par des foyers lacunaires (paraphasies), des zones de sclérose atrophique (jargonaphasie). Ces lésions s'étendent parfois bien loin du foyer macroscopique.

2° La démence presque toujours complique la jargonaphasie et la paraphasie. Elle s'explique par l'association d'un processus d'encéphalite corticale diffuse. A. VIGOUROUX.

P. Courbon. — **Etude psychiatrique sur Benvenuto Cellini.** Thèse Lyon, Maloine, 1906. — P. Courbon nous donne une étude consciencieuse et bien documentée de l'état mental de l'artiste florentin, dont l'existence extraordinaire a inspiré tant de littérateurs et de musiciens, et dont les œuvres provoquent encore l'admiration des contemporains.

Puisant ses documents dans les mémoires de Cellini lui-même, dans les biographies de ses contemporains, dans les nombreuses études d'historiens et d'artistes, l'auteur l'étudie au point de vue psychiatrique, dans sa constitution physique et mentale, dans ses antécédents héréditaires et personnels.

Il replace son héros dans son temps, dans cette Italie de la Renaissance toute frémissante de la poussée de ses artistes, toute troublée du cliquetis des épées de ses condottieri.

Même considéré dans son milieu, Cellini se distingue de ses contemporains par des caractères bien tranchés, par une véritable déséquilibration mentale.

Toute sa vie, en effet, il fut un déséquilibré, il eut des obsessions, des impulsions homicides, il fit de nombreuses fugues, à plusieurs reprises il manifesta des idées de persécution et de grandeur, enfin il présente de l'absence du sens moral et des perversions sexuelles.

D'autre part, chaque phase de sa vie mouvementée, maladie, captivité, surmenage, s'accompagnèrent de bouffées délirantes ou d'hallucinations à caractère onirique.

De cette étude, dont la lecture est instructive et attachante, l'auteur conclut que la réunion des stigmates physiques et psychiques et des autres symptômes morbides présentés par Cellini permettent de le ranger dans le groupe des dégénérés de Magnan.

A. Vigouroux.

Kundt. — **La myotonie congénitale.** Thèse de la Faculté de Leipzig. — Etude d'un cas d'une affection nouvelle, décrite par Oppenheim en 1900 et caractérisée par une hypotonie musculaire générale ou localisée dans l'enfance.

P. Sérieux.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

(Séance du 30 avril 1906)

I. MM. Sollier et Duhem : *Délire mystique survenu chez un sujet qui avait été traité par un magnétiseur,* — II. MM. Vigouroux et Delmas : *Quelle doit être la réponse du médecin d'asile aux demandes de certificats concernant des personnes victimes d'accidents du travail devenues aliénées ? Discussion :* MM. Vallon, Giraud, Briand.

I

MM. Sollier et Duhem rapportent l'histoire d'un *délire mystique survenu chez un sujet qui avait été traité par le magnétiseur Philippe.* — Ce malade est âgé actuellement de 41 ans. Ses antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier. Il a eu dans l'enfance une fièvre muqueuse et une jaunisse. Ce sujet, élevé dans des principes religieux étroits, a toujours été pieux. Il a commencé à souffrir de

troubles nerveux au cours de ses études scolaires. Il avait une disposition à se croire l'objet de moqueries de la part de ses camarades et travaillait avec application pour ne pas leur paraître inférieur. Il éprouva, à la suite de troubles gastriques, vers l'âge de seize ans, une difficulté croissante à travailler et fut obligé d'interrompre ses études. Il avait une constipation opiniâtre ; il s'amaigrit au point de ne peser que 33 kilogrammes. Les troubles nerveux s'aggravèrent dans les années suivantes ; le malade consulta un grand nombre de médecins, sans obtenir d'amélioration de son état. Il croyait parfois perdre sa personnalité, prononcer des paroles et exécuter des actes commandés par une volonté étrangère. Il avait fréquemment la sensation de manquer d'air. En 1901, le malade fit, à quelques mois d'intervalle, trois voyages à Lyon où il alla voir le magnétiseur Philippe. Il fut reçu dans une grande salle, où se trouvaient assemblés de nombreux clients de ce magnétiseur. Celui-ci, aux différentes visites que lui fit le malade, ne lui adressa que rarement la parole, se contentant d'abord de lui affirmer qu'il serait guéri, puis de lui dévoiler qu'il avait été envoûté par un individu auquel il avait nui dans une vie antérieure. Le malade ne tira pas grand bénéfice de ces relations pour sa santé. Cependant il constata que le séjour dans une salle pleine de monde ne lui causait plus la sensation pénible qu'il éprouvait habituellement dans ces conditions. Mais la foi et l'enthousiasme du public firent une profonde impression sur lui ; il fut convaincu que Philippe était un saint ; son exaltation religieuse s'accrut ; il priait à haute voix et s'agenouillait même dans la rue. Il fut alors interné.

Cette observation montre que, chez un prédisposé qui présente depuis plusieurs années des accidents de grande hystérie viscérale, l'intervention d'un magnétiseur peut déterminer l'explosion d'un délire mystique. Les pratiques des charlatans qui se recommandent du spiritisme et de l'occultisme constituent donc un véritable danger public.

II

MM. Vigouroux et Delmas : *Quelle doit être la réponse du médecin aux demandes de certificats concernant des personnes victimes d'accidents du travail devenues aliénées ?* — Lorsque des troubles mentaux apparaissent à la suite d'un accident du travail et que la victime est internée, elle se trouve dans l'impossibilité de défendre les droits que lui confère la loi du 9 avril 1898, ou, en tous cas, d'intervenir par elle-même dans la procédure. Si l'affaire n'a pas encore été engagée, le sinistré est incapable de faire la déclaration nécessaire dans le délai d'une année que lui laisse la loi. Si le patron a fait la déclaration prescrite et que l'affaire soit entre les mains des magistrats, ses troubles mentaux empêchent le malade d'en suivre le cours. Enfin le sinistré se trouve par le fait de son internement confié à un médecin traitant qu'il n'a pas choisi. Que doit faire ce médecin, le médecin d'asile, pour remplir tout son devoir à l'égard de son malade ?

Les auteurs distinguent deux cas. — 1° La procédure est commencée, le président du tribunal auquel le juge de paix a transmis le résultat de son enquête, peut nommer un expert. Dans ces conditions, le médecin d'asile, qui est averti par le malade ou par la famille de celui-ci, peut mentionner dans son certificat immédiat et dans son certificat de quinzaine le traumatisme subi par le malade et les suites judiciaires qu'il a eu, et il doit le faire afin de permettre à l'administration de s'occuper des intérêts spéciaux que son accident a créés à cet aliéné. Mais le médecin est-il autorisé à satisfaire aux demandes, qui lui sont adressées par la famille ou l'avoué du malade, de renseignements sur les

rapports qui peuvent exister entre le traumatisme et les troubles mentaux observés chez ce malade ? Le médecin n'est pas à même de se faire une opinion exacte sur le début et la marche des troubles pathologiques d'ordres divers qui ont succédé à l'accident, car il n'a pas à sa disposition. comme l'aurait un expert, le dossier de l'enquête. Il doit donc s'abstenir de fournir les certificats demandés ; 2° L'affaire n'est pas engagée. Les troubles mentaux sont survenus alors qu'aucune déclaration d'accident n'avait été faite. Seulement le malade ou sa famille parlent d'un accident éprouvé quelque temps avant la séquestration. Dans ce cas, il semble qu'il est du devoir du médecin d'asile d'attirer l'attention de l'administration sur la possibilité d'un rapport de cause à effet entre le traumatisme et les troubles mentaux et d'indiquer dans son certificat que l'intérêt de l'aliéné commande de faire une enquête sur ce sujet.

MM. Vigouroux et Delmas rapportent les observations de deux malades chez lesquels un traumatisme important a été suivi de troubles neurasthéniques d'abord, puis d'excitation maniaque ou de délire. Les deux sujets étaient des prédisposés ; néanmoins l'apparition des troubles mentaux paraissait être la conséquence bien nette de l'accident. Cependant M. Vigouroux ne se crut pas autorisé à donner à la famille des certificats concluant à une relation causale entre l'accident et la maladie,

M. Vallon. — Les questions de troubles mentaux se produisant comme complication d'accidents du travail sont très difficiles à résoudre. Lorsqu'on est appelé à agir comme expert, on reçoit des magistrats les documents réunis par l'enquête. Mais le médecin d'asile n'a pas ces documents à sa disposition. Il est donc prudent, pour lui, de s'abstenir de donner un avis sur un cas soumis à son observation. Un médecin d'asile qui viendrait à affirmer dans un certificat un rapport de cause à effet entre un accident et des troubles mentaux, s'exposerait même à être poursuivi pour faute dans l'exercice de sa profession. Ce n'est pas seulement par prudence, mais encore par honnêteté que le médecin doit s'abstenir de se prononcer, puisqu'il ne possède pas d'autres éléments d'appréciation que les renseignements fournis par le malade et sa famille. Enfin fournir un certificat sur la demande d'un tiers serait violer le secret professionnel. Le médecin d'asile ne peut avoir aucun scrupule à refuser un certificat dans ces circonstances, car le sinistré a droit à l'assistance judiciaire et les frais d'expertise ne sont pas à sa charge.

M. Vigouroux. — Je me suis demandé si nous ne devions pas, dans certains cas, en vue de l'intérêt de nos malades, mentionner dans nos certificats la possibilité d'une relation entre un accident et des troubles mentaux. Il me semble qu'on devrait le faire quand il s'agit d'un malade placé d'office, sans famille pouvant s'occuper de lui, qui prétend avoir été victime d'un accident du travail.

M. Giraud. — L'administration, en effet, doit procurer à l'aliéné un moyen de sauvegarder les droits qu'il peut tenir d'un accident du travail. Ce n'est pas l'administrateur provisoire qui peut intervenir en justice au nom de l'aliéné, mais un mandataire *ad litem* désigné par une décision du tribunal. Dans le département de Seine-Inférieure la justice fait toujours une enquête sur chaque individu interné pour savoir s'il n'est pas engagé dans quelque affaire litigieuse. Quand il y a lieu on nomme un mandataire *ad litem*.

M. Briand. — Dans un cas semblable, je crois que le médecin d'asile est autorisé à noter dans son certificat les faits arrivés à sa connaissance qui font penser à un rapport entre l'accident et les troubles

mentaux. L'administration ainsi avertie fera son enquête et pourra demander pour son malade un mandataire *ad litem*.

G. COLLET.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE PARIS

Séance du 5 avril 1906

Iconographie de l'évolution d'un cas de maladie des tics. — M. ROUBINOVITCH apporte des documents iconographiques qui représentent les diverses phases par lesquelles a passé, pendant douze ans, une maladie des tics ; en 1894, tic d'écarquillement avec convulsion des globes oculaires en haut et flexion du cou : en 1899, tic du « mea culpa » (coups successifs du poignet gauche sur la région épigastrique) ; en 1900, tic du médius frottant le front et le menton, en 1903, tic d'épaules ; en 1906, tic de contorsion générale. Le malade n'a fait intervenir, dès le début de l'affection, que sa seule volonté pour essayer d'arrêter ses tics. Cette observation démontre que la volonté seule du tiqueur ne suffit point pour faire disparaître ses mouvements et que la volonté, employée sans ordre, sans moyens adjuvants, tels que le repos et la rééducation, n'aboutit qu'à la transformation des tics ou bien à leur extension.

Un cas d'aphasie tactile. — MM. RAYMOND et MAX EGGER rapportent l'histoire d'une femme qui, à l'âge de 61 ans, après avoir présenté une monoplégie de la main droite et une aphasie motrice passagère, fut atteinte d'un trouble particulier de la fonction du langage qui mérite le nom d'aphasie tactile pure. La monoplégie était alors en voie d'amélioration ; la sensibilité de la main droite était intacte ; la malade arrivait à reconnaître par le palper, les propriétés moléculaires des corps (le lisse et le rugueux, le dur et le mou, le froid et le chaud, etc.), la forme des objets et leurs dimensions ; cependant elle restait incapable de trouver le mot servant à désigner l'objet qu'elle décrivait d'après ses sensations tactiles. — Dans la surdité verbale le sujet entend toutes les modulations tonales du langage parlé, sans que les impressiens acoustiques évoquent chez lui l'image auditive du mot. Les sensations acoustiques qu'il reçoit peuvent s'associer entre elles : il conserve alors la perception musicale. De même cette malade associe les différentes impressions tactiles qui lui donnent la représentation stéréognostique des objets qu'elle palpe ; mais l'association de l'organe de la sensibilité tactile avec la zone du langage manque, et la malade ne peut trouver le nom de l'objet dont elle indique la forme.

Paralysie pseudo-bulbaire chez un enfant. — MM. F. RAYMOND et P. LEJONNE présentent un enfant de 11 ans atteint de paralysie pseudo-bulbaire. On constate chez cet enfant une double hémiplégie incomplète, permettant tous les mouvements qui sont spasmodiques et maladroits, de l'exagération des réflexes, une double parésie faciale, une paralysie complète des lèvres et de la langue et une parésie des muscles masticateurs. Le malade ne peut articuler les mots ; il a une sialorrhée incessante, de la gêne de la mastication ; il n'a pas de trouble de la déglutition. On n'observe chez ce sujet aucun trouble sensitif, ni sensoriel, ni trophique, aucune amyotrophie, aucune contraction fibrillaire ; les réactions électriques sont bonnes. L'intelligence de ce malade est presque normale ; il comprend tout ce qu'on lui dit ; ses sentiments affectueux sont vifs. Mais il présente des troubles marqués de la mimique, des crises de pleurer spasmodique et surtout des crises de rire spasmodique. La cause de la maladie reste indéter-

minée. Il est seulement possible d'indiquer, à titre d'hypothèse, que ces symptômes pourraient être causés par un arrêt de développement des centres corticaux au niveau de l'opercule rolandique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 février 1906

Nouveau cas de mongolisme. — M. Comby présente une enfant âgée de six ans et demi, idiote, qui a le facies mongol. Le père est très nerveux ; la mère est bien portante. La grossesse de la mère a été normale, en dehors d'une frayeur éprouvée par celle-ci au deuxième ou troisième mois. L'accouchement a été facile. A sa naissance, l'enfant avait déjà le type mongol. Son développement physique a été lent ; elle n'a marché qu'à trois ans ; elle a un palais ogival et du strabisme convergent. Elle a de l'incontinence d'urine et de la constipation. Ses progrès intellectuels sont presque nuls : elle répond par quelques monosyllabes mal articulés. Elle manifeste seulement un penchant pour la musique, comme d'ordinaire les mongoliens. Ce qu'il y a de caractéristique dans les cas de ce genre, c'est le cerveau, avec le facies asiatique qu'il entraîne. L'enfant n'est pas myxœdémateuse ; elle n'est pas hérédo-syphilitique, bien qu'elle présente une langue fissurée : du reste, la langue scrotale, habituelle chez les mongoliens, ne relève pas toujours de la syphilis.

Séance du 16 mars 1906

Sur la colonie familiale de vieillards et infirmes de la Seine, de Lucy-Lécy. — M. A. Marie expose l'histoire et l'organisation de cette colonie familiale à la fondation de laquelle il a collaboré. La colonie a reçu depuis juillet 1903 cent vingt vieillards ou invalides et demi-infirmes : tabétiques, épileptiques, amputés, hémiplégiques, séniles, etc. Le prix de journée ne dépasse pas 1 fr. 37. La colonisation de Lucy peut prendre un développement progressif analogue à celui des colonies familiales d'aliénés. Il serait bon que la Société médicale des hôpitaux fournit sur ce mode d'hospitalisation une appréciation *de visu* par la délégation de quelques-uns de ses membres et l'émission consécutive de vœux motivés en vue du développement de la colonisation nouvelle.

M. Dufour, en se basant sur les observations qu'il a faites au bastion 27, où des chroniques ont été hospitalisés pendant deux ans et deux mois, estime que, pour ce qui concerne les infirmes, l'assistance familiale ne saurait remplacer l'hôpital. La mortalité parmi les chroniques est élevée ; cela prouve que les affections qui les rendent infirmes sont graves. Chez eux il faut à tout moment faire appel aux ressources de la thérapeutique. Le chronique a besoin du médecin. — M. Bergé émet un avis analogue.

M. Carnot croit qu'il serait utile de désencombrer les hospices de Bicêtre et d'Ivry en plaçant à la campagne le plus grand nombre de leurs hospitalisés, pour organiser dans ces hospices de grands quartiers de tuberculeux.

M. Siredey, M. Barth considèrent le placement familial comme un bon moyen de désencombrer les hôpitaux.

Séance du 30 mars 1906

Porencéphalie acquise, probablement d'origine traumatique. Mort en état de mal épileptique.

MM. A. Chauffard et L. Rivet communiquent une observation qui

fournit un exemple très typique d'une complication tardive des porencéphalies traumatiques, la mort par état de mal épileptique incoercible. Le foyer porencéphalique intéressait la face interne du lobe frontal gauche et les circonvolutions première et deuxième frontales gauches vers leur partie moyenne. Il avait donc agi par une sorte de *réaction à distance* sur la zone psycho-motrice pour produire les convulsions, qui siégeaient toujours du côté droit au début des crises. La lésion était très probablement le résultat d'un traumatisme du crâne, dont le malade avait été atteint à l'âge de 13 ans. Il avait eu des crises épileptiformes trois ans et dix-huit mois avant la série des crises subintrantes à laquelle il succomba à l'âge de 49 ans. Chaque crise était précédée, accompagnée et suivie d'une énorme hypertension artérielle. Les auteurs considèrent cette hypertension non comme la cause, mais comme l'effet de l'excitation corticale.

Spirochæte et paralysie générale. — M. Queyrat a examiné 280 coupes provenant de trois cerveaux de paralytiques généraux sans trouver une seule fois le tréponéma pallidum de Schaudinn.

Il estime cependant que cela n'est pas un argument en faveur de ceux qui ne reconnaissent pas la paralysie générale comme une échéance de la syphilis.

Dans des gommes qu'il a examinées avec M. Levaditi, il n'a pas trouvé davantage de sprochètes.

G. C.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(31 Mars 1906)

Sur les albumines du liquide céphalo-rachidien pathologique. — MM. Rénon et Tixier rapportent plusieurs cas de syndromes méningés des plus caractérisés dans lesquels le liquide céphalo-rachidien contenait de l'albumine en quantité notable, et pas d'éléments figurés à l'examen microscopique.

Ils n'ont jamais observé la dissociation contraire, mais ne concluent pas qu'elle ne puisse exister.

Le plus souvent, c'est le parallélisme entre les réactions cellulaires et la présence de l'albumine qu'on observe.

L'albumo diagnostic est un procédé d'une réelle valeur clinique et qui a le merite de la simplicité.

J.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

PSYCHOLOGICAL SOCIÉTY DE LONDRES

(1905)

Quelques particularités de la mémoire, plus particulièrement en ce qui concerne les éléments de l'espace et du temps, par Sophie Bryant.

Le développement réciproque des facultés de direction visuelle et d'exécution tactilo-motrice en rapport avec la localisation cérébrale. — M. F.-W. Mott étudie les effets du mode d'alimentation sur le développement de la vision binoculaire stéréoscopique, il compare les zones visuelles de l'écorce chez le chat et chez le rat, les marsupiaux ; et d'autre part établit l'influence de la dissociation des mouvements des membres antérieurs qui aident chez les anthropoïdes à assurer la marche, sur

le développement de la vision stéréoscopique ; on constate un accroissement considérale de la zone des associations visuo-psychiques (régions pariétales et frontales) avec l'adaptation complexe nécessitée par la vision droite et l'importance des perceptions visuelles pour la direction (par amoindrissement du rôle des perceptions tactiles).

Tableau de cas destinés à illustrer les variétés typiques de la volition et d'autres états mentaux connexes, par A. F. SHAND.

Une étude du rythme chez les peuples primitifs, par C. S. MYERS.

Quelques relations de l'intelligence avec l'instinct et la pensée rationnelle, par LLOYD MORGAN.

Observations sur le cerveau du chimpanzé Sally, par F. GOTCH.

Présentation d'un appareil pour mesurer les fluctuations de l'attention, par W. MAC DOUGALL.

Expériences sur l'Association, par BÉATRICE EDGELL.

Le chronoscope de Hipp, par BÉATRICE EDGELL et W. LEGGE SYMES. Les auteurs ont cherché à déterminer le degré de précision de l'appareil de Hipp pour la mesure des temps de réaction. Leur étude précise sur les diverses influences qui peuvent agir sur le chronoscope, particulièrement quand on y joint un chronographe, sont d'un certain intérêt, mais les causes d'erreur physiques établies sont assez minimes étant donné la valeur totale de ces causes d'erreur.

PIÉRON.

SOCIÉTÉ MÉDICO CHIRURGICALE D'ÉDIMBOURG

(7 Mars 1906)

Paralysie générale chez un adolescent. M. MACKENZIE montre un jeune garçon de 16 ans qui présente les symptômes de la paralysie générale.

A la suite de quelques ictus avec perte de connaissance, le jeune malade eut de l'embarras de la parole et des troubles intellectuels (perte de la mémoire, confusion mentale, quelques idées de grandeur). diminution de la force musculaire ; ébauche du signe de Romberg.

Né à terme, le septième d'une famille de onze enfants, rachitique à 9 mois et n'ayant marché qu'à 5 ans, ce sujet n'a pas d'antécédents syphilitiques.

J.

REVUE DES PÉRIODIQUES

PÉRIODIQUES DE LANGUE FRANÇAISE

PSYCHIATRIE.

Nlle Iconographie de la Salpêtrière
(19e année, n° 1, janvier-février 1906).

M. LEMOS. — **Infantilisme et dégénérescence psychique.** — Longue et intéressante observation au sujet de laquelle l'auteur fait ressortir que la dégénérescence psychique et l'infantilisme myxœdémateux (type Brissaud), ayant tous deux pour origine les maladies mentales et nerveuses des ascendants, peuvent coexister chez le même individu, se pénétrer et se fondre en un type mixte.

Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique
(n° 125, février 1906).

CROCQ. — **Les formes frustes de la démence précoce.** — L'analyse

(Voir la suite après le Bulletin bibliographique mensuel).

attentive des cas de démence précoce fruste permet de concilier les deux opinions opposées de ceux qui considèrent la démence précoce comme incurable et de ceux qui admettent un grand nombre de guérisons. En fait, on peut dire que dans tous les exemples où on a cru devoir reformer un diagnostic établi cependant sur la constatation de symptômes décisifs à la période d'acmé, il existe un certain degré de déficit psychique, c'est-à-dire de démence.

L'auteur distingue plusieurs variétés de démence précoce fruste : 1° Une forme bénigne, fruste d'emblée (thèse G. Monod), caractérisée par de l'apathie, de l'inaptitude au travail mental. Conscient de sa déchéance relative, le malade ne s'en émeut pas, contrairement au neurasthénique, avec lequel on pourrait le confondre et dont il se distingue d'autre part par l'altération de ses sentiments moraux et affectifs. 2° Une forme analogue à la précédente et à laquelle s'ajoute un état délirant vague, peu retentissant, mais suffisant parfois pour provoquer l'internement. 3° Une forme caractérisée par un ou des états délirants ou maniaques très accusés, suivis de guérison apparente, mais sans restitution complète. C'est à propos des maladies de cette dernière catégorie qu'on est tenté parfois de revenir sur le diagnostic de démence précoce.

V. Deroitte. — **Un cas de tumeur du lobe temporal.** — Carcinome de la partie antérieure du lobe temporal gauche chez un droitier qui, de son vivant, ne présenta pas de surdité verbale.

Journal de Neurologie de Bruxelles
(11e année, n° 5, 5 mars 1906).

Deroubaix. — **Le rire et le pleurer spasmodiques.** — Au Congrès de Liège (septembre 1905), l'auteur avait communiqué les observations de deux sujets atteints de léger affaiblissement intellectuel et de rire et pleurer spasmodiques. Depuis cette communication, l'un des sujets étant mort, Deroubaix a trouvé à l'autopsie un ramollissement profond et étendu de l'hémisphère droit ayant complètement détruit le noyau lenticulaire, le bras antérieur de la capsule interne, ainsi que la substance blanche du lobe frontal et de la région centrale jusqu'à l'écorce.

Cette autopsie a inspiré à Deroubaix les conclusions suivantes : la fonction de l'expression émotive se passe probablement en dehors du faisceau pyramidal ; la couche optique est le siège de mouvements automatiques d'expression émotive (rire et pleurer) qui sont normalement sous le contrôle de l'écorce ; les fibres cortico-thalamiques passent au devant du genou de la capsule interne, probablement par le noyau lenticulaire du corps strié ; une lésion unilatérale des fibres cortico-thalamiques en question suffit à provoquer l'exagération psycho-réflexe émotive ; contrairement à l'opinion de Franceschi, le rire et le pleurer spasmodiques n'ont pas de rapport avec l'état émotif conscient du patient.

Id. (11e année, n° 6, 20 mars 1906).

Féré. — **Deuxième note sur la fausse réminiscence.** — Deux observations d'illusion du déjà vu (forme la plus fréquente de la fausse réminiscence). La première observation est celle d'une neurasthénique de 52 ans ; la seconde concerne un homme de 42 ans qui présenta momentanément des phénomènes de fausse réminiscence pendant la convalescence d'une grippe.

Le Bulletin médical (20e année, n° 23, 24 mars 1906).

Arsimoles. — **Hystérie infantile avec hallucinations.** — Il s'agit d'un enfant de 11 ans, atteint d'hystérie convulsive, qui présenta un

accès de délire hallucinatoire en dehors de toute attaque, et de qui les attaques débutaient d'autre part par des hallucinations visuelles constituant une sorte d'aura psychique. Cette aura hallucinatoire est un fait peu connu dans l'histoire de l'hystérie infantile.

Presse médicale (1906, nos 25 et 26, 28 et 31 mars).

DEJERINE et GAUCKLER. — **Les faux gastropathes.** — Une affection à l'ordre du jour obsède aussi bien les médecins qui la recherchent et la trouvent, que les malades, qui l'invoquent avec une facilité toute particulière à titre d'explication de leur état. La mode médicale et l'importance réelle des fonctions digestives sont les principales raisons de la fréquence actuelle des formes purement psychiques des gastropathies.

Les auteurs distinguent trois formes principales de ces gastropathies fonctionnelles : 1° *les troubles dyspeptiques simples des neurasthéniques* (anorexie mentale au petit pied) sont fréquents et faciles à reconnaître ; 2° *les phobies de l'estomac* (craintes morbides de certains aliments) ont pour conséquence une diététique rigoureuse et inutile, et sont parfois produits par une intervention médicale fâcheuse ; 3° *les pseudo-gastropathies fonctionnelles* sont d'un diagnostic particulièrement délicat. De cette dernière variété, les auteurs rapportent plusieurs observations, où les malades furent considérés comme atteints de gastrite, de dyspepsie, voire même de cancer.

Les fausses gastropathies sont le plus souvent caractérisées par leur apparition fréquemment subordonnée à une cause d'ordre moral, la variabilité et l'abondance des sensations morbides éprouvées par les malades, la longue durée de l'affection, malgré l'affaiblissement réel provoqué par des régimes inutilement sévères.

L'isolement, la psychothérapie et la rééducation de l'estomac constituent les éléments suffisants du traitement de malades que les médicaments, les régimes et des examens objectifs trop attentifs avaient contribué à rendre de plus en plus préoccupés de leurs fonctions digestives.

JUQUELIER.

PÉRIODIQUES ETRANGERS

PÉRIODIQUES DE LANGUE ANGLAISE.

The Lancet (13 janvier et 10 février 1906).

BYROM BRAMWELL.— **L'aphasie.** — Bramwell, membre de la Société royale de Londres, a fait une série de conférences sur l'aphasie devant le Collège royal de médecine d'Edimbourg. Il a donné, de l'état actuel de la question, un exposé très clair, illustré de nombreux schémas qui indiquent les parcours différents de l'influx nerveux pour la reproduction phasique ou graphique de mots vus ou entendus, et déterminé la position exacte du centre auditif dans l'écorce.

Rien de particulièrement nouveau dans cet exposé, où les schémas, qui représentent tous un centre de la conscience, de l'intelligence et de la volonté, ressemblent au schéma célèbre de Grasset, avec le non moins célèbre centre O.

Mind (n° 57, janvier 1906).

W.-H. WINCH. — **Psychologie et philosophie du jeu.** — Première partie d'une étude où Winch examine et compare les différentes conceptions qui ont été émises sur la nature du jeu. Examen du rôle de la perception et de l'imagination, de la réalité et de la fiction, des rapports du jeu et de l'art. La deuxième partie, toute philosophique, a paru dans le n° 58 du *Mind*.

The British Journal of Psychology (1905, Part. III).

F.-N. HALES. — **Quelques matériaux pour l'étude psychogénétique de la comparaison.** — L'auteur étudie successivement le langage par gestes (sourds-muets et peuples primitifs) et le langage parlé, mettant en évidence, dans tous les cas, des phénomènes d'*opposition*, d'*exclusion*, d'*apposition* et de *séparation*, comme constituant essentiellement la *comparaison* des termes.

Les documents, empruntés à des peuples très divers (Australiens, Eskimos, etc.), sont, de ce chef, assez précieux.

W.-G. SMITH. — **Une comparaison de quelques tests mentaux et physiques, dans leur application à des sujets épileptiques et normaux.** — Etude d'un groupe de 5 malades relativement normaux, de 20 à 56 ans, et de 5 malades présentant de la démence, de 21 à 38 ans, et comparaison des résultats obtenus chez ces 10 épileptiques avec ceux que donna l'examen d'un groupe tout à fait normal. Pour la reconnaissance, la mémoire immédiate et les vitesses de réactions, il y a des différences bien marquées entre les groupes, dans le sens prévu; ces différences sont faibles en ce qui concerne la discrimination sensorielle, la rapidité du mouvement volontaire, le mouvement rythmique et les contractions volontaires maxima, processus relativement simples.

MARY WHITON CALKINS. — **Les limites respectives de la psychologie génétique et comparée.** — L'auteur considère que le problème fondamental de la psychologie comparée est de déterminer le critère de la conscience, éliminée par les théories mécanistes, impliquée par les théories de la continuité biologique, critère qui paraît bien résider dans l'adaptation des réactions. Les méthodes de la psychologie animale conviennent à la psychologie de l'enfant. La psychologie génétique apparaît comme une science légitime; elle doit être, avant tout, de la psychologie individuelle, et s'appuie sur les faits d'hérédité psychologique.

C. SPEARMAN. — **Analyse de la « localisation » avec illustration par un cas de « Brown-Séquard ».** — Etude d'un cas étudié à l'hôpital de Leipzig. Histoire du malade et résultats des expériences effectuées sur les sensations. Les sensations de mouvement n'ont pas d'influence directe sur le pouvoir de localisation. Les sensations de contact présentent avec le pouvoir de localisation une corrélation variable.

Id. (1905, Part. IV.)

W.-H.-R. RIVERS. — **Observations sur les sens des Todas.** — Très interessantes observations faites sur ces peuplades de l'Inde méridionale avec des méthodes systématiquement semblables à celles qui servirent aux membres de l'expédition anthropologique de Cambridge au détroit de Torrès, ce qui permet d'instituer des comparaisons instructives de psychologie expérimentale ethnique. Avec l'autorité anglaise et quelques rémunérations, il a été possible de poursuivre toutes expériences utiles. Expériences sur l'acuité visuelle, la perception des couleurs, les illusions optiques, la discrimination tactile, la sensibilité à la douleur, l'odorat, l'ouïe. Comparaisons avec des mesures faites sur des Anglais groupés de façon homogène.

L'auteur n'a pas constaté de différences de race dans l'acuité sensorielle, influencée par l'âge; la supériorité des sauvages tient à une perception plus exacte. Les Todas présentent fréquemment de la cécité aux couleurs. En ce qui concerne les illusions, certaines sont plus fortes chez les sauvages que chez les civilisés, et certaines moins fortes. Les Todas sont nettement moins sensibles à la douleur que les Anglais.

Les lacunes du langage ont un rapport avec les lacunes de la perception. Rivers a déterminé les facteurs régissant les variations des résultats.

Au point de vue mental, les Todas, inférieurs aux Anglais, paraissent supérieurs aux Papous.

Charles S. Myers. — **Etude du rythme dans la musique primitive.** — Etude du rythme de la musique des Malais de Sarawak, et comparaison avec la musique indienne et la musique grecque. Constatation, dans des rythmes, irréguliers et variables, de lacunes et de défauts. Il a fallu, pour le rythme, une éducation psychologique.

James Ward. — **Y a-t-il une sensation du « noir « ?** — Pour Ward, le problème de l'existence d'une sensation positive pour ce qu'on appelle là « couleur » noire, n'est pas résolu.

W. Mc Dougall — **L'illusion du « cœur flottant » et les fonctions visuelles des bâtonnets rétiniens.** — L'illusion des « flatternden Herzen », discutée par Helmholtz, consiste en ceci que lorsqu'on regarde des feuilles de papier fort, d'une couleur bleue par exemple, où sont peints des objets d'une couleur bien tranchée, des cœurs rouges par exemple, si l'on remue très vite le papier, on voit, par rapport à lui, les cœurs qui dansent. Une tentative d'explication de cette illusion, qui impliquerait deux phénomènes, conduit l'auteur à l'examen de la fonction rétinienne dans les sensations de couleur.

W. Mc Dougall. — **Sur une nouvelle méthode pour l'étude des opérations mentales simultanées et de la fatigue mentale.** — Le sujet doit atteindre, avec un stylographe, une série de points qui se déroulent sur un cylindre et se suivent avec des distances et dans des directions qui varient; ce qui nécessite, un effort permanent d'attention.

The British Medical Journal (n° 2361, 31 mars 1906).

Charles Mercier. — **Folie à deux.** — Citation d'un cas dans lequel l'homme et la femme présentaient des idées spiritualistes vaguement délirantes; mais l'auteur ne croit pas pouvoir affirmer l'existence d'une folie véritable chez ces individus présentant tous deux un mélange de niaiserie et de finesse.

O. Hildesheim. — **Le pronostic dans la méningite basique postérieure.** — Ces cas de méningite ne sont pas aussi rares qu'on le pense. Ses effets sont souvent confondus avec l'hydrocéphalie, qui lui est fréquemment consécutive. Le pronostic envisage quatre groupes : dans l'un, on aboutit à la mort, avec vomissements, pyrexie, etc.; dans l'autre, à des convulsions et à la folie (idiotie; citation de deux cas); et dans les autres, soit à la paralysie avec arrêt de développement, soit à quelques accidents seulement : perversions morales, incontinence d'urine, etc.

Piéron.

PÉRIODIQUES ITALIENS.

Revista sperimentale di frenatria (fasc. III et IV, 1905.

G.-B. Pellizi. — **Aperçu clinique, anatomique et pathogénique sur les idioties méningitiques.** — L'idiotie reconnait pour cause, au point de vue pathogénique, ou une intoxication chronique et héréditaire du système nerveux ou un processus inflammatoire vulgaire de l'encéphale. Dans l'un et l'autre cas, l'action dégénérative de l'agent

toxique ne manque pas de se faire sentir ; elle s'exerce, dans les formes toxiques, soit sur le germe, soit sur l'embryon, soit sur le fœtus, au point d'arrêter, de retarder ou d'altérer le développement du système nerveux sans l'intervention nécessaire d'un processus pathologique, au sens étroit du mot. Dans les formes inflammatoires, elle se borne à diminuer le pouvoir de résistance du système nerveux central aux infections et aux éléments pathogènes vulgaires.

Mais il ne faudrait pas croire que la clinique ou l'histologie permît, dans tous les cas, de résoudre, en toute certitude, le problème de la pathogénie de l'idiotie.

La genèse des formes inflammatoires résulte de processus pathologiques de nature infectieuse — les germes pathogènes pouvant être des plus variés : diplocoques, streptocoques, staphylocoques, micro-organismes, mal connus de différentes maladies, telles que la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, etc. — processus infectieux qui agissent sur les centres nerveux, principalement sur les méninges, sur l'épendyme et sur la masse nerveuse, aux époques les plus diverses, depuis les premières phases de la vie embryonnaire jusqu'à la puberté et chez les sujets dont le système nerveux est moins résistant, du fait de tares héréditaires.

Au point de vue anatomo-pathologique, les idioties inflammatoires se subdivisent en trois groupes qui comprennent : 1° les formes pseudo-hypertrophiques, caractérisées histologiquement par une abondante prolifération de névroglie et de cellules nerveuses embryonnaires et atypiques ; 2° les formes atrophiques simples et uniformes où le microscope révèle une diminution du nombre et du volume des éléments nerveux ; 3° les formes avec lésions destructives irrégulières macroscopiquement évidentes.

Dans les formes pseudo-hypertrophiques, le processus inflammatoire agit sans doute sur la surface de l'épeudyme, à partir des phases initiales du développement de l'embryon. Dans les formes destructives, qui pourraient s'appeler formes cérébrales, l'inflammation est localisée à la masse cérébrale. Dans les formes atrophiques simples, elle se fait sentir surtout sur les méninges, et secondairement, et par diffusion, sur le cerveau ; ce sont là, à proprement parler, les idioties méningitiques.

Ces idioties méningitiques, dont s'occupe surtout l'auteur, présentent pour lui trois variétés : l'idiotie méningitique proprement dite, l'idiotie microcépalique et l'idiotie hydrocéphalique.

L'idiotie microcéphalique est due à une méningite aiguë ou subaiguë, dont l'exsadat séreux comprime ou plutôt infiltre la surface corticale, arrêtant ou troublant ainsi le développement des éléments nerveux.

L'idiotie hydrocéphalique dérive de lésions des méninges, des plexus coroïdes et de l'épendyme, en rapport avec l'existence des germes infectieux ordinaires de la méningite ou des maladies infectieuses de l'enfance ou encore de la syphilis héréditaire.

L'idiotie méningétique proprement dite se distingue de l'idiotie due à la méningo-encéphalite, par ce caractère anatomique auquel l'auteur attribue une grande valeur, à savoir que la pie-mère, bien qu'épaissie, se détache facilement du cerveau ou qu'en tout cas, si elle lui est adhérente, ces adhérences peuvent toujours être rompues sans déterminer d'érosions de la surface corticale. Ici, il s'agit seulement de modifications du milieu où vivent et s'accroissent les éléments nerveux et qui entraînent pour ceux-ci des troubles de nutrition qui retentissent sur le développement de la cellule nerveuse et surtout de ses prolongements.

La coexistence constante de caractères importants, tels que l'altération diffuse de la corticalité sans lésions macroscopiques, l'absence de symptômes moteurs graves (épilepsie, paralysie) et de toute manifestation liée à des lésions circonscrites, permet de réunir les trois formes précédentes dans un groupe unique sous la dénomination d'idioties méningétiques. PACTET.

NOUVELLES

Médecin blessé par un aliéné. — Au cours de sa visite du 14 avril, le Dr THIVET, médecin en chef à l'asile de Clermont (Oise), a été assez grièvement blessé à la face par un aliéné qui avait réussi à dissimuler un tesson de bouteille sous ses vêtements. Deux employés ont été moins sérieusement atteints en voulant s'interposer entre le malade et notre distingué collègue, qui, nous l'espérons, est à l'heure actuelle, complètement rétabli.

Université de Leipzig. — M QUENSEL a été nommé privat docent de psychiatrie et de neurologie à l'Université de Leipzig.

Personnel des asiles d'aliénés. — *Mouvement d'avril 1906.* — M. le Dr THIVET, médecin en chef à Clermont (Oise), nommé à la 1re classe du cadre.

M. le Dr DANJEAN, médecin-adjoint à Lafond (Charente-Inférieure), nommé médecin-adjoint à l'asile de Montdevergnes (Vaucluse), en remplacement du Dr CASTIN, nommé à l'asile de Dijon.

M. le Dr CHARUEL, médecin en chef à l'asile de Marévielle, promu à la 2me classe du cadre.

En conformité du décret du 14 août 1905 :

Les traitements des médecins-adjoints dont les noms suivent ont été par voie de régularisation élevés :

1° de 3.000 fr. à 3.500 :

MM. VERNET, (Moulins), GIMBAL, (Prémontré), AMELINE, (Dun-sur-Auron), CAPGRAS, (Dun-sur-Auron), MERCIER, (Pierrefeu), MASSELON, (Clermont-Oise).

2° de 2.500 fr. à 3.000 fr. :

MM. LÉPINE, (Bron), TISSOT, (Dury).

A la suite du concours du mois de mars 1906, ont été nommés médecins-adjoints :

MM. VURPAS, chef de clinique à Ste-Anne.
DROMARD, médecin-adjoint à Marseille.
DUCOS, » à Lafond.
J. CHARPENTIER, » à St-Gemmes-sur-Loire.
HALBERSTADT, » à St-Dizier.
LEVASSORT, » à Bailleul.
DADAY, » à Privas.
DAMAYE, » à Bassens.

M. BENON, a été mis en disponibilité sur sa demande.

M. VIOLET, n'est pas encore placé.

Nécrologie. — Nous avons eu le regret d'apprendre le décès de M. le Dr LAPOINTE, directeur-médecin honoraire des Asiles d'aliénés, chevalier de la légion d'honneur. (6 mai 1906).

Le gérant : A. COUESLANT.

PARIS & CAHORS, IMPRIMERIE A. COUESLANT (26-V-06)

REVUE CRITIQUE

SUR LES CONDITIONS DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE CHEZ LES HYPOCHONDRIAQUES

Par Lucien PICQUÉ,

Chirurgien des Hôpitaux de Paris et des Asiles de la Seine

La question des rapports de l'hypochondrie avec les lésions somatiques n'a cessé d'occuper les esprits les plus éminents depuis l'origine de la Médecine; elle reste cependant à l'heure actuelle une des plus controversées.

Dans de récents congrés, elle s'est de nouveau posée à l'attention des psychiatres sous cette forme simple et qui la résume tout entière.

L'Hypochondrie est-elle toujours essentielle?

Peut-elle dans certains cas, dépendre d'une lésion somatique ?

Au congrès des aliénistes allemands, 1905, le Professeur Vollenberg de Tubingue soutenait dans son rapport qu'il existait bien à côté de l'hypochondrie constitutionnelle une forme accidentelle.

Au congrès de Rennes 1905, Roy dans un rapport très documenté rompait d'une façon absolue avec les doctrines traditionnelles et soutenait dans tous les cas l'origine somatique de l'idée hypochondriaque.

Pour lui l'hypochondrie n'est qu'un délire par introspection somatique ; c'est l'interprétation par un cerveau prédisposé de troubles somatiques réels (page 107) et il nous donne comme conclusion : Tous les états hypochondriaques sont symptômatiques de quelque affection déterminée. Le diagnostic en sera plus ou moins difficile à établir mais il faudra le rechercher avec soin ; puisque seul, le diagnostic étiologique permettra d'établir un pronostic et s'il y a lieu des indications thérapeutiques, et comme pour accentuer davantage son opinion il ouvre pour la première fois, peut-être un chapitre intitulé « Traitement chirurgical de l'hypochondrie ».

Voilà certes une thèse séduisante pour les chirurgiens; il la compromet malheureusement par des exagérations qui ne laissent que trop de prises aux critiques de ses adversaires, et sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

La discussion qui suivit la lecture de ce rapport montre suffisamment d'ailleurs l'opinion des aliénistes sur cette question.

Régis, Brissaud et Deny de la Salpétrière, dans un réquisitoire remarquable, Cullerre se font les défenseurs plus ou moins absolus de la forme essentielle.

A part les cas d'hypochondrie « grossièrement symptômatique » il semble que l'hypochondrie essentielle occupe dans l'esprit de tous une place prépondérante.

Ma qualité de chirurgien ne me permet pas d'envisager la question au point de vue de la pure doctrine; toutefois si l'on veut sans parti pris, mettre les faits au regard de celle-ci, on arrive à penser que l'hypochondrie symptômatique est en réalité plus fréquente qu'on ne le pense à l'heure actuelle.

Les résultats heureux de l'intervention chez certains hypochondriaques pourraient déjà constituer un argument important en faveur de cette manière de voir.

Dans son chapitre « Traitement chirurgical de l'hypochondrie » Roy signale quelques faits de ma pratique concernant des hypochondriaques guéris par l'intervention chirurgicale. J'en ai observé beaucoup d'autres, qualifiés tels dans les certificats d'internement et qui ont pu guérir à la suite d'un acte opératoire.

Mais avant d'aborder ce côté de la question il me paraît tout d'abord utile et intéressant de chercher à mettre d'accord, en dehors de tout esprit doctrinal, l'idée de l'hypochondrie essentielle avec celle de l'hypochondrie symptômatique, et à montrer que si celle-ci existe réellement elle ne saurait être exclusive de la forme essentielle.

Certes, la thèse de Roy semble ouvrir à la chirurgie une large voie sur le terrain de l'hypochondrie, mais à l'examiner de près, et en analysant les arguments sur lesquels elle s'appuie, on s'aperçoit vite qu'elle n'est pas soutenable; et ce fut l'erreur du distingué chef de clinique du Professeur Joffroy d'avoir voulu embrasser toutes les formes de l'hypochondrie dans une seule et même classe et de leur avoir imposé une pathogénie unique.

En enlevant au terme « symptômatique » le sens précis qu'on lui attribue en clinique, en considérant comme symptômatiques tout les cas d'hypochondrie, (que celle ci siège réellement à la périphérie dans le plexus solaire ou le cerveau : forme paranoiaque ou neurasthénique) il a créé à mon sens, une illusion dangereuse et la plus regrettable confusion, il a enlevé du même coup à sa thèse toute portée scentifique et toute sanction pratique.

Il faut en effet pour que l'hypochondrie soit réellement au sens clinique du mot, symptômatique, qu'elle dépende d'une lésion tangible en quelque sorte et nullement contestable; et nous verrons encore qu'il ne suffit pas toujours qu'une lésion présente ces caractères pour qu'on puisse en conclure que l'hypochondrie lui est subordonnée.

En se reportant d'ailleurs aux articles les plus récents qui ont été écrits sur l'hypochondrie ou l'idée hypochondriaque, on voit combien les limites de celle-ci sont encore imprécises. La place qu'elle occupe dans les cadres de la nosologie mentale est encore assez mal fixée pour qu'on y fasse rentrer des affections disparates ou qu'on en écarte des variétés qui doivent lui appartenir.

Certains auteurs n'admettent dans le cadre de l'hypochondrie que la forme essentielle. Il est certain qu'en se plaçant sur le terrain exclusivement clinique, il n'est pas possible, contrairement à ce qu'a écrit Roy, de nier l'existence de cette forme. Pour ma part, j'ai examiné un grand nombre de malades qui accusaient des souffrances, lesquelles ne répondaient nullement à une lésion médico-chirurgicale, ou chez lesquels les lésions constatées ne pouvaient être considérées comme le point de départ de l'hypochondrie. Au point de vue pratique, le chirurgien doit connaître ces faits, s'il ne veut pas pratiquer des opérations dont le résultat toujours défa-

vorable au point de vue mental ne peut que fournir des arguments trop faciles aux mains de ceux qui admettent exclusivement l'hypochondrie essentielle, et aussi de ceux qui opposent avec complaisance, les psychoses post-opératoires au développement de la chirurgie.

D'autres auteurs admettent bien la coexistence d'une lésion somatique, mais refusent de lui attribuer une valeur pathogénique, soit parce qu'ils n'ont pas entre les mains l'argument décisif de la chirurgie, soit parce qu'ils n'ont observé les malades qu'à l'époque où ils étaient devenus incurables. Beaucoup en effet ne les observent pas au début, au moment où leur état ne nécessite pas encore l'internement, et c'est à cette opposition des formes curables aux formes incurables que tient en grande partie selon moi, les divergences qui existent à ce sujet.

Quoiqu'il en soit, l'hypochondrie symptômatique existe-t-elle réellement ?

Or il est indispensable tout d'abord de se reporter aux deux catégories admises par les psychiatres parmi les hypochondriaques.

Parfois en effet l'idée hypochondriaque n'a que la valeur d'un symptôme au cours d'une maladie bien définie comme la Paralysie générale à laquelle on la trouve si souvent associée, ou dans les Psychopathies constitutionnelles, les toxi-infections, la neurasthénie. Comme dit Arnaud, dans son article du traité de Ballet, la prédominnance appartient alors pour déterminer la maladie, soit à d'autres idées délirantes, soit à l'état mental.

Dans d'autres cas l'idée hypochondriaque constitue tout le délire (Arnaud), il s'agit alors d'une véritable entité morbide qui pourrait bien justifier la dénomination « d'hypochondrie ».

On comprend toute l'importance de cette division au point de vue qui nous occupe.

Dans la première de ces formes, la chirurgie est impuissante sauf dans les cas où l'idée hypochondriaque fait partie du syndrome d'une psychose infecteuse d'origine chirurgicale.

Dans la deuxième, au contraire que j'aurai seule en vue dans ce mémoire et dans laquelle l'idée hypochondriaque constitue tout le délire si celle-ci a une base somatique légitime, la chirurgie peut intervenir utilement, toutes réserves faites au point de vue de la curabilité sur le degré occupé par le malade dans l'échelle de l'hypochondrie; or c'est ce point qu'il nous faut maintenant démontrer.

***

Si nous remontons dès lors à la définition même de l'hypochondrie, nous voyons qu'Arnaud dans le traité de Ballet la considère « comme caractérisée par la préoccupation excessive de la santé et de l'état des organes et le plus souvent comme le résultat de sensations subjectives plus ou moins anormales.

Notre distingué collègue ne va pas plus loin, or la sensation subjective a-t-elle un substratum anatomique ?

Telle est cependant la question qui me paraît capitale. Si elle n'a pas de substratum anatomique, l'hypochondrie doit être tenue pour essentielle.

Quant au contraire il existe une lésion périphérique, l'hypochondrie peut, sous certaines réserves que j'indiquerai plus loin, être considérée comme symptômatique (H. accidentelle de Vollenberg).

Dans ce cas le chirurgien a le droit de se demander si l'hypochondrie peut alors disparaître avec la lésion.

Telle est la thèse que je me propose de défendre dans ce mémoire.

Nous nous proposons dès lors de démontrer à l'aide de l'observation clinique :

1° La coexistence fréquente de la lésion somatique avec l'idée hypochondriaque.

2° Les conditions dans lesquelles la lésion constatée peut dans certains cas entraîner l'idée hypochondriaque.

3° Enfin nous apporterons les faits qui prouvent la disparition simultanée de la lésion et de l'idée hypochondriaque.

— Recherche de la lésion. — Plusieurs cas peuvent se présenter : 1° Parfois la lésion est évidente et l'hypochondrie comme je l'ai dit plus haut, est « grossièrement symptômatique ».

Les cas de Dupré et de Miraillé sont bien intéressants à cet égard.

Dans le cas de Dupré et Lévi (Société de neurologie 1903) il s'agit d'un délire systématisé à forme zoopathique chez un malade qui est tabétique et qui présente des signes très nets d'une lésion stomacale. Dans celui de Miraillé (congrès de Pau) c'est encore un délire à forme zoopathique chez un sujet atteint d'entéro-colite muco-membraneuse.

2° Par contre, il est des cas où la recherche de la lésion est extrêmement difficile. Chacun connaît le cas si curieux, que Ball a observé chez Moreau de Tours, d'un malade hypochondriaque qui se plaignait d'avoir un concile dans le ventre et à l'autopsie duquel on trouva un foyer d'entérite chronique juste au point marqué par lui pendant la vie.

Le cas rapporté par Brissaud au congrès de Rennes est aussi bien caractéristique. Il s'agissait d'un malade souffrant de vives douleurs d'estomac qui fut considéré par le Professeur Hayem après l'examen du chimisme stomacal comme n'ayant aucune lésion et qui pourtant présenta subitement une hématémèse qui nécessita une opération chirurgicale.

Le cas de Vigouroux et Collet rapporté à la Société médico-psychologique en 1905, nous montre que l'autopsie d'un hypochondriaque révèle l'existence d'un cancer latent de la petite courbure de l'estomac.

On comprend qu'il puisse en être ainsi dans beaucoup de cas d'hypochondrie dite essentielle où la lésion somatique a passé inaperçue.

Aussi ai-je pris l'habitude depuis de longues années de pratiquer, d'une façon systématique l'examen viscéral de tous les hypochondriaques dans le service de ceux de mes collègues qui poursuivent avec moi l'étude de cette intéressante question.

Je rappellerai que ce n'est parfois qu'après des examens répétés et le plus souvent, comme je le fais à l'hôpital, après un examen

sous chloroforme que l'on peut arriver dans certains cas à la découverte d'une lésion longtemps méconnue ou au diagnostic définitif d'une hypochondrie essentielle.

Chez un malade de mon collègue Sérieux, ce n'est qu'au bout de huit mois, que je suis arrivé à affirmer qu'il n'existait aucune lésion.

3° En dehors, des lésions viscérales difficiles à reconnaître, le chirurgien peut se trouver encore en présence de sérieuses difficultés : la pathologie des organes génito-urinaires chez l'homme nous en fournit d'intéressants exemples.

Il est certain que les psychoses dites essentielles y ont joué un rôle trop important à une époque où l'on n'avait à sa disposition les méthodes actuelles d'examen.

Aujourd'hui, ainsi que mon élève Colombani l'a dit dans une thèse faite sous mon inspiration, le groupe des vrais obsédés urinaires tend à diminuer chaque jour avec le perfectionnement des méthodes d'examen et aussi l'étude des urines.

Tel appareil urinaire paraît sain, alors qu'on y retrouve des reliquats de blennorhagie comme Albaran l'a fait remarquer justement et le malade peut guérir d'une obsession symptômatique par un traitement local approprié.

Il en est de même du groupe ancien des affections nerveuses de la vessie (les névralgies vésicales et les vessies irritables) et de certains troubles urinaires qu'on sait aujourd'hui sous la dépendance de la glycosurie (Bazy) et de l'hyperacidité (Chevalier) et qui peuvent provoquer l'apparition d'idées hypochondriaques.

Interprétation de la lésion. — Lorsque l'examen a démontré chez un hypochondriaque l'existence d'une lésion somatique parfois facile à reconnaître, parfois d'un diagnostic difficile comme il vient d'être dit, celle-ci ne laisse pas que d'être d'une interprétation souvent très délicate.

Ce qu'il importe en effet pour un chirurgien est de savoir si cette lésion est exclusivement l'origine du délire ou de l'idée hypochondriaque puisqu'ainsi que nous l'avons dit plus haut, une intervention dans ces conditions expose à de cruels échecs au point de vue mental. Sous ce rapport, la chirurgie des voies urinaires nous montre encore que parfois le traitement méthodique de lésions très nettes n'exerce souvent aucune action et parfois aggrave des psychopaties qui peuvent être essentielles et indépendantes, constatation qui a conduit certains auteurs à nier par une généralisation abusive la filiation qui peut exister dans certains cas. C'est qu'il existe en effet des psychopathes, comme le fait remarquer avec raison Colombani (et c'est là bien ce qui complique cette question) qui réagissent plus ou moins sur les organes génitaux et y simulent des lésions, qui n'existent pas ou produisent des sensations qui sont d'ordre exclusivement psychique.

La chirurgie générale est elle-même pleine de ces cas et nous voyons souvent les opérations les plus justifiées produire par l'aggravation de l'état mental préexistant toute une série de psychoses opératoires (voir mes études sur cette question), et même

dans les cas où l'état mental semble le plus en rapport avec la lésion, nous voyons encore quand cette dernière est une fois guérie les accidents mentaux persister ou s'aggraver même, grâce à la disposition du sujet, circonstance bien souvent observée dans la pathologie urinaire,

Il convient lorsque la lésion est découverte d'établir exactement ses rapports avec l'état mental ; c'est un point qui me paraît capital dans les rapports de la chirurgie et de la psychiatrie sur ce terrain spécial de l'hypochondrie.

Il est de toute évidence que lorsque la lésion est de nature à compromettre à brève échéance la vie du sujet, semblable recherche est superflue. Ce n'est donc que dans le domaine de la chirurgie facultative selon le terme que je lui assigne et qui comprend toute la série d'affections chirurgicales qui ne compromettent pas l'existence, qu'il devient indispensable au chirurgien de rechercher ces rapports.

Ne pouvant envisager ici tous les cas, nous prendrons parmi ceux-ci, ceux qui se présentent le plus souvent à l'observation et c'est encore l'appareil génito-urinaire de l'homme et de la femme qui va nous les fournir.

Envisageons donc le déplacement d'un organe comme l'utérus et le rein : le prolapsus utérin attire très facilement l'attention des malades ; on le trouve souvent chez l'hypochondriaque.

Or il convient de savoir comme je l'ai dit ailleurs (voir Recueil de Travaux 1er volume. Indications opératoires chez les aliénés), si les symptômes subjectifs accusés par le malade sont superposables au degré du déplacement, tâche parfois bien délicate qu'une longue habitude permet seule de mener à bien et dont les conséquences cependant présentent la plus grande importance aussi bien pour le chirurgien général qui n'a en vue que le côté chirurgical que pour le chirurgien aliéniste qui poursuit en même temps la guérison d'un état hypochondriaque.

Pour le rein le cas est particulièrement difficile puisque le déplacement peut s'accompagner de lésions secondaires plus ou moins douloureuses, bien étudiées par Guyon et ses élèves (voir néphropexie et psychopathies. Recueil des travaux, tome 4)..

Pour l'utérus le cas paraît plus simple et cependant de véritables difficultés existent pour déterminer, même quand les lésions annexielles viennent à manquer, si les troubles accusés par la malade, peuvent s'expliquer par le degré du déplacement utérin. J'ai récemment encore refusé une opération de ce genre, chez une dame à laquelle un chirurgien très compétent en gynécologie avait formellement conseillé une intervention, persuadé que la cure du prolapsus ne pouvait qu'aggraver l'état persistant.

Sans pouvoir exposer en détail dans ce chapitre, les procédés qui permettront dans tous les cas d'établir nettement les indications et contre-indications, je veux toutefois indiquer les règles générales qui m'ont permis dans le plus grand nombre d'entre eux d'arriver à une connaissance exacte de ces rapports.

Elles sont surtout basées sur ce que j'ai appelé le dosage du trouble subjectif et la connaissance de l'état organique du malade.

D'autre part l'évolution des troubles subjectifs accusés par celui-ci, la manière dont on doit procéder à la recherche de la lésion méritent également d'être tenues en sérieuse considération ; mais ces divers points seront mieux étudiés quand nous aurons envisagé les conditions dans lesquelles se forme l'idée hypochondriaque.

Dosage du trouble subjectif. — On ne distingue pas assez en pratique courante, la part qui revient dans un trouble subjectif à la lésion qui en constitue le substratum, et à l'état mental du sujet qui la porte.

Dans le prolapsus utérin par exemple, les douleurs éprouvées par la malade sont-elles le résultat du déplacement de l'organe ? Sont-elles au contraire exagérées, inventées de toute pièces, ou tiennent-elles à une autre cause ? Sous le 1er rapport, j'ai publié dans la thèse de mon élève Mallet de bien curieuses observations qui démontrent que contrairement à l'opinion courante il est des malades qui exagèrent ou inventent des symptômes pour subir des opérations. D'autre part, les malades peuvent se tromper sur l'origine véritable des douleurs qu'elles éprouvent, par une tendance bien naturelle d'ailleurs à les rattacher à une lésion visible qu'elle ont découverte elles-mêmes, ou qu'un médecin leur a fait découvrir.

Il faut donc qu'un chirurgien sache éviter l'erreur et n'y fasse surtout pas tomber la malade, il est donc indispensable qu'il connaisse exactement les troubles subjectifs superposables à chaque lésion. J'ai depuis longtemps insisté dans un travail déjà cité, sur la nécessité de voir dans tous les cas si les troubles fonctionnels sont proportionnels à la lésion, et de s'appuyer sur ce dosage comparatif pour en déduire des indications ou contre-indications opératoires. Toute disproportion entre la lésion et les symptômes accusés doivent mettre en éveil l'attention du chirurgien et l'engager à surseoir à une intervention.

C'est une véritable étude de physiologie pathologique à faire et qui est féconde en résultats intéressants.

J'ai déjà dit qu'à ce point de vue, l'ectopie rénale en raison des lésions concomitantes parfois douloureuses qu'on y observe exigeait une analyse fort délicate.

Il n'en va pas de même pour le prolapsus utérin dans lequel on peut arriver à éliminer par des examens minutieux toute lésion annexielle ; or la pratique nous apprend que le déplacement même très prononcé de l'utérus en dehors des lésions annexielles, et des ulcérations fréquentes d'ailleurs de la muqueuse vaginale constitue une affection parfaitement indolente.

Combien de femmes âgées présentent un prolapsus total dont elles ne souffrent pas. Il résulte de ce fait sur lequel j'insiste beaucoup que depuis de longues années je me tiens en garde contre ces prolapsus légers pour lesquels certains malades nous réclament des interventions en accusant de violentes douleurs qu'elles disent éprouver parfois le jour et la nuit. Mais toutes les affections ne sont pas ordinairement indolentes comme le prolapsus ; les métrites et l'appendicite donnent souvent lieu à de réelles

difficultés dont l'examen m'entrainerait trop loin : comme dans les cas précédents, il convient sous peine de pratiquer des interventions inutiles de faire pour toutes les affections la part exacte des douleurs qui lui reviennent.

Etat viscéral des Malades. — Quand la lésion apparente ne peut être considérée comme l'origine des douleurs qui sont à la base de l'idée hypochondriaque. il convient de chercher l'existence de troubles viscéraux latents qui pourraient les expliquer.

Ceux-ci peuvent en effet, être l'origine des douleurs mises faussement par le malade au compte de la lésion apparente. Tel était le cas de cette malade dont j'ai parlé plus haut et qui présentait un prolapsus pour lequel un praticien estimé et expérimenté avait recommandé une intervention.

La malade accusait de très vives douleurs dans le bas-ventre, une grande faiblesse dans les membres inférieurs, mais le prolapsus était trop léger pour pouvoir expliquer tous les troubles. Or un examen un peu attentif me permit de reconnaître un degré avancé « d'hépatisme » dont on n'avait tenu jusqu'alors aucun compte et qui tenait sous sa dépendance une série de symptômes neurasthéniques que la malade n'avait interprété d'ailleurs dans le sens du prolapsus que le jour où les médecins avaient attiré son attention sur celui-ci.

Dans le même ordre d'idées, les faits signalés par Chevalier et Bazy sur l'état des urines peuvent donner lieu à des considérations semblables.

Ils prouvent qu'aujourd'hui, pas plus le chirurgien que le psychiâtre ne saurait se désintéresser de l'examen des viscères et spécialement du foie sur lequel les travaux de Klippel et Vigouroux ont récemment encore attiré l'attention.

***

MODE DE FORMATION ET ÉVOLUTION DE L'IDÉE HYPOCHONDRIAQUE. — La lésion est maintenant reconnue. Les phénomènes subjectifs accusés par la malade sont réels et non simulés, de plus ils sont bien dus à la lésion : aucune autre cause ne saurait les expliquer. Comment vont-ils devenir le point de départ de l'idée hypochondriaque ? Il peut à priori paraître étonnant qu'un chirurgien pénètre sur ce terrain qui semble très spécial et réservé aux seuls psychiâtres, et cependant celui-la est peut-être mieux placé que l'aliéniste pour observer l'hypochondriaque à ses phases de début, c'est-à-dire à la période qui ne nécessite pas encore l'internement. Placé dès le début en face d'une lésion chirurgicale, il voit naître l'idée hypochondriaque ; il faut donc en quelque sorte en saisir l'origine et noter parallèlement les modifications physiques et psychiques qui se peuvent produire.

N'est-il pas ainsi amené en dehors de toute doctrine à reconnaître l'origine véritable d'hypochondrie.

Il convient de faire remarquer ici que tout cerveau ne saurait réagir devant une lésion physique : pour que l'idée hypochondriaque s'éveille à l'occasion d'une lésion somatique, il faut une cons-

titution psychique particulière, un tempérament hypochondriaque comme le dit Roy, ou une psychopathie constitutionnelle spéciale.

La lésion somatique a besoin en effet pour engendrer l'idée hypochondriaque d'un état psychique particulier, d'une véritable prédisposition cérébrale exagérée parfois sous l'influence de certains facteurs purement intellectuels ; et le degré de cette prédisposition cérébrale nous expliquera facilement les différences que l'on rencontre chez les malades entre les diverses réactions mentales que présentent ceux-ci en face de la lésion. Mais cet état psychique est dans certains cas aggravé par la nature même de la lésion somatique. Parmi celles-ci, en effet il en est qui provoquent un épuisement notable de l'organisme: par exemple les métrorrhagies prolongées, ou qui entretiennent un état permanent d'infection. Il en résulte une déchéance physique véritable. Rien n'est plus net à cet égard que l'action que peut exercer sur l'état général une simple appendicite chronique, qui dans l'échelle des infections n'occupe qu'un des derniers échelons. On sait aujourd'hui cependant qu'il en résulte à la longue une cachexie spéciale qui disparait rapidement dès l'opération.

Il est d'autre part certain que la déchéance physique est susceptible d'entraîner ou d'aggraver l'état de déchéance mentale et par cela même d'ajouter un facteur plus ou moins important à la prédisposition cérébrale du sujet. Il y a longtemps qu'Esquirol dans son traité des maladies mentales déclarait que dans les vues générales du traitement il fallait se proposer de faire cesser les désordres physiques et s'appliquer à déterminer les réactions du physique sur le moral. L'éminent aliéniste en écrivant ces lignes visait évidemment les faits dont nous parlons. Dans un travail publié avec Febvré à la société médico-psychologique (1er volume), nous avons émis l'opinion que chez les malades prédisposés on était autorisé à penser que des lésions organiques graves pouvaient faire éclater un délire quand elles entraînaient un état d'épuisement, des souffrances, des préoccupations ou un défaut de nutrition. Il y a là comme on le voit un point bien intéressant pour le chirurgien, puisque dans ces conditions, il devra toujours s'appliquer à dissocier les souffrances physiques et morales en supprimant les premières.

Quelques-uns d'entre eux ont une prédisposition telle qu'ils n'attendent en quelque sorte qu'une occasion de délirer. Les moindres lésions suffisent pour provoquer chez eux l'apparition de l'idée hypochondriaque, et nous avons montré dans la thèse de Colombani que dans l'appareil génital les lésions même minimes ont pu provoquer l'éclosion des troubles mentaux.

C'est en effet d'ailleurs comme je l'ai déjà dit dans l'appareil génital de l'homme que le chirurgien peut le mieux étudier les 1res phases de l'hypochondrie symptômatique. J'ai exposé ailleurs les raisons qui expliquent la fréquence de ces états dans les affections de l'appareil génital dans les deux sexes et spécialement pour l'homme.

Quel est exactement le début de l'idée hypochondriaque ? Ballet

dans son excellent article nous montre que dans une 1re période qui correspond à son mode de formation, le début est impossible à préciser. Il y a, nous dit-il, une exagération des tendances constitutionnelles ou antérieures du sujet, représentées par une préoccupation exagérée de sa santé sans idées nettement délirantes.

Or en quoi consiste cette préoccupation ? La clinique quotidienne nous le montre d'une façon nette. La lésion découverte au lit du malade qui va engendrer ou étayer l'idée hypochondriaque devient en effet un véritable centre auquel vont converger toutes les idées du sujet.

La « marche récurrente » de la réflexion la caractérise tout d'abord, et l'analyse mentale en est la conséquence.

Le malade pense à sa lésion, il la redoute (nosophobie) et l'analyse.

Je me suis déjà expliqué à ce sujet au Congrès de Rennes, et j'y suis revenu dans une leçon encore inédite que j'ai faite l'an dernier dans mon service de Ste-Anne aux élèves stagiaires du Val-de-Grâce.

Contrairement à ce qu'ont écrit deux bons auteurs, Vaschide et Vurpas, dans leur intéressant livre sur l'analyse mentale, celle-ci ne saurait toujours être considérée comme pathologique : il ne suffit en effet pas de s'analyser comme l'a très bien dit Roy pour devenir hypochondriaque : un homme sain possédant une mentalité normale peut se préoccupper de sa lésion, cette préoccupation reste légitime. Roy nous en présente un cas intéressant : s'il possède au contraire un tempérament hypochondriaque, cette analyse pourra devenir morbide et le conduire par échelons aux formes les plus élevées de l'hypochondrie, ce qui fait d'ailleurs encore ressentir dans sa genèse l'égale nécessité des 2 facteurs psychique et somatique. L'analyse mentale ne devient en réalité un danger que pour les prédisposés et si celle-ci joue un rôle dans la genèse de l'idée hypochondriaque, on peut dire qu'elle est insuffisante à la créer.

Si dans certains cas l'analyse est légitime quelle en est la limite au point de vue clinique ? certes les frontières sont délicates à préciser entre l'état sain ou morbide. Je crois cependant qu'on peut y arriver dans un certain nombre de cas, en s'appuyant sur une connaissance suffisante de la pathologie chirurgicale, et je pense en résumé que l'analyse mentale peut être tenue pour légitime quand 1° elle porte sur une lésion bien nettement définie, 2° quand les préoccupations du malade sont bien en rapport avec la gravité qu'elle présente ou le degré de son évolution et quand elle n'affecte pas la forme d'une obsession angoissante s'imposant à l'esprit d'une façon si impérieuse qu'elle ne laisse plus de place au raisonnement.

Il faut enfin qu'elle n'occupe pas tout le champ de la volonté comme on le voit chez certains malades qui oublient toutes leurs obligations sociales, pour vivre exclusivement avec leur maladie.

Dans les conditions opposées, on peut tenir pour certain que

l'analyse du malade est morbide et que sa préoccupation est bien nettement hypochondriaque. Dans mon travail sur le varicocèle, j'ai publié plusieurs types curieux d'analyse morbide dans des cas de varicocèle peu développé et même de faux varicocèle.

L'évolution de l'idée hypocondriaque intéresse également le chirurgien, car elle est de nature à expliquer les divergences qui existent au point de vue de la curabilité de certaines formes de l'hypochondrie.

Déjà dans la thèse de Colombani, j'avais insisté sur ce fait important qu'à l'asile les psychopathies urinaires sont ordinairement incurables alors que les chirurgiens urinaires qui en voient en très grand nombre insistent beaucoup sur la bénignité du pronostic.

Cette divergence d'opinion s'explique facilement, si l'on veut bien remarquer, que les chirurgiens et les psychiâtres observent les psychopathies à des degrés différents de leur évolution.

Seuls, les chirurgiens observent comme ailleurs les premières phases des psychoses d'origine génitale ; plus tard ces malades arrivent à l'asile souvent à la période d'incurabilité : à ce moment il est difficile, sinon impossible de faire dans leur état morbide une part suffisante entre l'état mental parfois gravement atteint et la lésion initiale souvent disparue ou méconnue qui en a été l'origine.

Il est donc nécessaire de dire quelques mots de l'évolution de l'idée hypochondriaque.

Selon la plupart des auteurs, il existe une progression variable sur laquelle Ballet et Séglas insistent particulièrement et qui va de l'hypochondrie simple (hypochondrie minor) au délire caractérisé ou hypochondrie major.

L'hypochondrie minor correspond à la forme que nous avons eu en vue jusqu'ici.

Dans une deuxième période il se fait comme dans le délire de persécution une systématisation du délire qui peut atteindre dans une dernière période les formes les plus élevées qui ont été si bien mises en lumière par Cottard.

Dans la forme systématisée, l'idée, comme le dit Séglas, est devenue une véritable conviction résistant aux preuves les plus péremptoires.

La conviction n'est que fausse, mais sans caractère d'absurdité ; on voit souvent chez ces malades des idées de suicide. Dans les formes les plus élevées du délire il y a croyance irréductible à une affection invraisemblable (délire de négation).

A l'asile on ne voit le plus souvent que les formes avancées dans lesquelles le malade a franchi plusieurs degrés sur cette échelle de l'hypochondrie.

A ce moment, le malade est très certainement incurable, et quel que soit chez lui le point de départ de l'hypochondrie, le traitement médico-chirurgical reste impuissant ; impuissance qui pour beaucoup reste un des arguments les plus sérieux en faveur de la forme primitivement, essentielle de l'hypochondrie,

Nous venons de voir comment sur un terrain prédisposé se forme et se développe l'idée hypochondriaque.

Or il faut savoir qu'à l'élément individuel qui joue le rôle le plus important viennent s'en ajouter parfois d'autres en quelque sorte extrinsèques, qui occupent dans la formation de l'idée hypochondriaque un rôle plus ou moins important. J'ai déjà noté l'influence de l'entourage et des lectures,

Or le médecin lui-même peut inconsciemment la faire naître, l'entretenir, voire même l'aggraver dans des proportions notables.

Son attitude vis-à-vis du malade, sa manière de procéder à l'examen, peuvent dans certains cas fournir au délire un aliment important. Il aura pu parfois contribuer à la formation de ce délire ; plus souvent encore, il sera responsable de son évolution.

Dubois de Berne persuadé *à priori* que les troubles accusés par les malades naissent par la voie des représentations mentales et que celle-ci ne les rend durables que par l'attention qu'ils lui prêtent, en arrive à conclure qu'il faut se garder de rechercher les signes physiques chez ces malades, « car les constater, dit-il, c'est les faire naitre. »

Les faits observés par le psychiâtre bernois contiennent une part réelle de vérité. Mais les conclusions qu'il en tire proviennent d'une conception trop absolue des conditions dans lesquelles se produit l'idée hypochondriaque et l'on peut dire que leur application dans la pratique ne peut être que désastreuse tant au point de vue scientifique que thérapeutique, puisqu'elle entraine l'abandon systématique de toute recherche clinique et partout conduit à une ignorance absolue de toute lésion somatique,

Ici comme ailleurs l'exagération doctrinaire aboutit aux pires erreurs.

Mais s'il est indispensable de rechercher les lésions viscérales ou périshériques chez tout hypochondriaque il est certain d'autre part, que pour éviter les inconvénients signalés par Dubois, il est des règles à suivre que tout médecin doit connaître.

Sous ce rapport plusieurs cas peuvent se présenter qu'il faut examiner successivement. Dans le premier, il s'agit d'une lésion nettement apppréciable mais plus on moins ignorée du malade comme un prolapsus utérin léger ou un déplacement rénal, et le malade vient vous consulter pour des troubles divers dont il ne peut déterminer le siège.

Que convient-il de faire ? Avant de révéler au malade la lésion, il faut avec le plus grand soin chercher les rapports qui peuvent exister entre elle et les troubles accusés par lui selon les règles indiquées ailleurs.

Si par insuffisance d'examen ou erreur d'interprétation, on établit un rapport non légitime de causalité on ne peut que favoriser les tendances constitutionnelles, donner aux préoccupations hypochondriaques un point d'appui longtemps recherché. Le malade entre brusquement dans la voie du délire hypochondriaque.

Désormais, il ne peut vivre avec cette lésion, cause de tous les maux, il demande avec insistance au chirurgien de l'en débarras-

ser ; si celui-ci cède, il ne peut qu'aggraver l'élat du malade en provoquant l'éclosion d'une variété de psychose post-opératoire. s'il refuse, la situation reste la même, mais la chirurgie n'est est plus responsable : « le traitement moral peut seul avoir quelque action.

Je me rappelle à ce propos le cas suivant qui remonte à quelques années. Il est relatif à une dame que je connaissais depuis longtemps, très hystérique, mobile, tendant aux idées hypochondriaques.

Elle vint un jour me trouver, se plaignant de souffrir beaucoup d'un rein mobile et me suppliant de lui pratiquer immédiatement une intervention. Surpris de cette demande, je l'interroge, elle m'apprend alors qu'elle venait de consulter un de nos collègues les plus distingués des hôpitaux pour une maladie d'estomac. L'éminent praticien crut bien faire en lui déclarant, après un examen attentif qu'elle n'avait qu'un rein mobile et que la chirurgie seule pouvait la guérir.

De là sa demande. Je m'appliquai à détourner son attention de cette lésion, ce qui ne me fut pas d'ailleurs difficile, 24 heures après elle avait oubliée son rein et concentrait son attention maladive sur d'autres sujets.

Dans un 2e cas, le malade présente une affection dont il connaît l'existence et à laquelle il rattache d'emblée tous les malaises qu'il présente. Je citerai en particulier la leucorrhée ou les états douloureux de l'estomac.

Dubois a tort, dans ce dernier cas, de critiquer le chimisme stomacal. Tout au contraire il convient de recourir à cette méthode, comme je le fais moi-même dans tous les cas qui me sont donnés.

L'observation de Brissaud, citée plus haut, montre bien que même ce procédé peut se trouver en défaut.

Il faut absolument établir si la dyspepsie est réelle ou nerveuse.

Il conviendra, de même en cas de leucorrhée, d'examiner avec le plus grand soin selon les règles indiquées plus haut, l'état de l'utérus des annexes. A tout prix, il convient de savoir si les troubles accusés par la maladie sont bien, dans ces cas, sous la dépendance d'une maladie de l'estomac ou de l'utérus.

Mais quand l'examen est resté négatif, c'est alors qu'aucune théapeutique ne doit être instituée. Certains médecins croient devoir y recourir dans un but psychique, les charlatans dont parle Dubois le font dans un but différent. Dans tous les cas l'intervention ne peut qu'aggraver l'état mental du malade.

C'est à la psychothérapie qu'il convient alors d'avoir recours, il faut comme le conseille Dubois, avec « le traitement moral » fortifier peu à peu le malade dans l'idée que les troubles qu'il ressent tiennent à d'autres causes que celle qu'il suppose.

Il faut, en résumé, comme je l'ai dit ailleurs, pour cette catégorie de malades ne pas prolonger des examens inutiles, ni instituer des traitements superflus.

Dans une 3e catégorie de faits, le malade croit à une lésion qui n'existe pas, pour expliquer son état de santé.

Tantôt il vient trouver le médecin pour une appendicite, tantôt pour un varicocèle, et il lui demande de confirmer ses appréhensions.

C'est dans ces cas surtout, ainsi que je l'ai montré dans une série de communications (voir 1er vol. Recueil des travaux, Indications opératoires chez les aliénés) que le malade arrive à exercer sur le médecin une suggestion véritable dont le résultat est de lui faire accepter son opinion.

J'en ai publié de curieux cas. J'ai montré entre autre, combien de faux varicocèles admis par des médecins sans raisons cliniques suffisantes devenaient le point de départ d'une hypochondrie souvent grave mais aggravée encore par des interventions inopportunes.

J'ai exprimé de même l'opinion que beaucoup d'hypochondriaques avaient été opérés de même pour de fausses appendicites, et j'ai donné à la société de chirurgie la relation d'une épidémie d'appendicite née dans un milieu militaire par contagion mentale et je reste persuadé que dans le groupe des appendicites familiales, un certain nombre ressortissent à la même cause.

Il faut donc, dans tous les cas, éviter de fournir un nouveau point d'appui aux préoccupations hypochondriaques du malade, et agir comme dans les précédents cas par le traitement moral.

Le cas suivant me parait intéressant à relater.

Il s'agit d'une femme d'une femme du monde, fort nerveuse, et qui m'avait adressé sa femme de chambre à l'hôpital Bichat pour l'opérer d'une éventration laquelle était consécutive à une opération faite en province quelques années auparavant et sur laquelle d'ailleurs je n'avais aucun renseignement précis.

Après avoir ouvert la cavité abdominale, je pratiquai une inspection minutieuse de l'intestin et reconnus l'existence d'un appendice qui avait dû être antérieurement le siège de lésions graves : je fis la résection de l'appendice et la malade guérit.

Cet incident, que j'avais peut-être eu tort de révéler à cette dame, produisit chez elle un résultat vraiment inattendu. Comme elle souffrait depuis longtemps de douleurs vagues dans le ventre elle crut avoir une appendicite, se fit raconter par des amis les symptômes de cette maladie, et le lendemain venait sérieusement me demander de l'opérer d'une appendicite. Il me fut facile, comme chez ma précédente malade, de calmer les appréhensions injustifiées de cette dame que je vois souvent et qui ne m'a plus jamais parlé d'appendicite. Je dois dire toutefois que craignant encore être atteinte d'une maladie des annexes, je dus, 2 ans plus tard, procéder à un examen complet de l'appareil génital, examen qui fut d'ailleurs absolument négatif.

***

Résultats obtenus chez les hyponchondriaques par l'intervention chirurgicale. — Dans toute intervention chez l'aliéné, j'ai toujours enseigné que le chirurgien devait s'appuyer tout

d'abord sur les indications ordinaires de la chirurgie, puis s'appliquer à rechercher avec soin les contre-indications d'ordre mental pour éviter d'aggraver l'état préexistant et augmenter dès lors le nombre de psychoses-opératoires.

En présence d'un hypochondriaque, les conditions de l'intervention restent les mêmes. Mais 2 cas peuvent se présenter.

Tantôt l'affection qu'il présente provoque un épuisement de l'organisme (métorrhagies prolongées) ou entraîne un état permanent d'infection. L'intervention présente alors un double but, guérir l'affection chirurgicale et améliorer l'état mental, puisque l'opération en supprimant un facteur épuisant ou une source d'infection, ne peut que rétablir les fonctions générales de l'organisme, et mettre celui-ci en état de résistance. Dissocier l'état mental de la lésion physique en supprimant celle-ci, devient une condition nécessaire pour améliorer le 1er.

Le problème est alors très simple, et l'intervention reste indiquée dans tous les cas sans exception.

Dans un autre ordre de cas, la lésion ne présente aucun des caractères que nous venons de signaler : elle n'est ni épuisante, ni infectante. Elle rentre alors dans les cadres de la chirurgie facultative et nous pouvons prendre pour exemple la chirurgie plastique ou orthopédique.

Nous savons qu'ici, nous devons craindre l'aggravation de l'état mental préexistant par une opération intempestive et nous avons pour nous guider les règles que nous avons établies dans les pages qui précèdent.

Tout ce que nous avons écrit dans ce mémoire nous laisse supposer que dans certaines conditions, l'idée hypochondriaque peut procéder d'une lésion physique, évoluer et disparaître avec celle-ci.

L'observation des faits répond-elle à cette doctrine, c'est ce qu'il nous reste à prouver.

Cette démonstration, si elle est faite, indiquera à la fois ; qu'il est des cas d'hypochondrie susceptibles d'être guéris par l'intervention chirurgicale, et en même temps fera ressortir conformément à l'opinion ancienne d'Esquirol l'influence oubliée pendant si longtemps des causes physiques en aliénation mentale.

Les faits que j'ai à mettre sous les yeux du lecteur sont de deux ordres : Les 1ers empruntés aux auteurs ; les 2mes provenant de ma pratique des asiles.

Ceux de la 1re catégorie sont nombreux, je ne puis avoir la prétention de recueillir tous les faits épars dans les auteurs ; beaucoup d'ailleurs n'ont pas une valeur absolue et si les autres n'ont pu convaincre certains aliénistes c'est qu'ils sont publiés dans des ouvrages très divers et souvent étrangers à la psychiatrie.

La thèse de Colombani « *Etat psychique dans les maladies des organes génito-urinaires de l'homme* » en contient un certain nombre. Je n'en citerai que quelques uns : c'est le cas de Bréard relatif à un phimosis dont le traitement entraîna la guérison immédiate d'idées hypochondriaques.

C'est celui de Malecot, hypochondrie consécutive à une cystite et dont la guérison suivit rapidement la disparition de celle-ci.

Le professeur Fournier a depuis longtemps insisté sur le « trauma moral » produit chez certains malades par les inflammations du gland et les lésions spécifiques et guéri avec les lésions qui l'ont produit.

Les inflammations de l'urèthre, les lésions du scrotum et du testicule, donnent lieu également à des préoccupations obsédantes qui guérissent facilement par le traitement local.

J'ai entre autres signalé dans mon article sur la castration (4e vol.) le cas curieux de Hermann d'un mélancolique atteint d'ectopie testiculaire et qui guérit facilement par la pose d'un testicule en argent.

Quelques-uns de ces faits, je le reconnais, peuvent encore être contestés, car observés par des praticiens non psychiâtres. il est difficile d'établir pour chacun, si l'analyse mentale était morbide ou non, si la préoccupation du malade était ou non légitime. Aussi ne m'attarderai-je pas dans l'examen de ces observations, je préfère mettre en série les faits que j'ai observés dans les asiles, car ils portent sur des malades régulièrement internés sur des certificats de médecins aliénistes.

Ces faits sont au nombre de 23 et ont été publiés dans des travaux successifs et réunis dans une note spéciale que j'ai insérée dans mon 3e volume.

Je ne ferai donc que les résumer ici.

Je tiens à dire qu'ils comprennent des lésions infectantes à côté d'autres qui ne semblent agir sur le cerveau des malades qu'à la faveur de la prédisposition spéciale dont il a été parlé plus haut.

J'ajoute même que j'ai écarté de cette statistique les cas d'amélioration, et que je n'y ai inséré que ceux dans lesquels la disparition de l'idée hypochondriaque a été totale et affirmée par les certificats des médecins aliénistes.

Dans une première communication à la Société de chirurgie en 1898, j'ai signalé 3 cas (anus iliaque consécutif à une opération de hernie étranglée, cécité par cataracte et taille hypograstrique suivie de fistule sus-pubienne).

Chez ces 3 malades hypochondriaques l'état mental a disparu après l'opération. M. Roy qui a cité ces observations dans son rapport de Rennes déclare qu'on ne saurait voir chez ces malades de vrais hypochondriaques parce que la nature des lésions rendait leur préoccupations légitimes. Je tiens à répéter ici que les malades avaient été internés régulièrement sur des certificats constatant leur état d'hypochondrie et que tous les trois d'ailleurs avaient fait des tentatives de suicide.

Dans un travail publié en 1898 à la société médico-psychologique M. Fébvré médecin en chef de Ville-Evrard rapporte l'histoire d'une malade, mélancolique anxieuse en proie à un délire hypochondriaque, et atteinte d'un fibrome-utérin volumineux. Le délire antérieur a disparu après l'opération.

Dans un deuxième travail présenté en 1898 à la société de chirurgie, j'ai rapporté 9 observations analogues : 1 fistule anale 5 endométrites infectieuses du col, 2 énucléations de l'œil (l'une des 2 malades ayant subi secondairement une intervention par une endométrite du col), 1 kyste vaginal. Tous ces malades ont guéri après l'opération.

Mallet signale également dans sa thèse faite sous mon inspiration, un cas de mélancolie due à une malformation de l'oreille qui guérit à la suite d'une opération plastique (ce cas concerne un malade de la ville non soumis à l'examen d'un médecin aliéniste).

Enfin, j'ai ajouté, dans la note citée plus haut et publiée dans mon 4e volume sur le traitement de certains délires, 6 cas semblables qui ont trait à des hypochondriaques guéris par l'intervention (6 endométrites cervicales, une nécrose du maxillaire, une hyperesthésie vulvaire, une appendicite, une ectopie rénale, une perforation de la voûte palatine.

Ce dernier m'a paru particulièrement intéressant. Il s'agissait d'un jeune homme qui s'était tiré un coup de revolver dans la voûte palatine. Le passage incessant des liquides par le nez lui rappelait constamment sa tentative de suicide, et la cause qui l'y avait poussé. La fermeture de l'orifice, amena rapidement sa guérison définitive.

Que valent ces guérisons, et peut-on les considérer comme définitives? Je me suis déjà expliqué sur ce point, mais je tiens à y revenir en terminant. Chez les malades prédisposés que nous avons eu en vue au cours de ce travail, l'affection chirurgicale a entrainé le délire comme aurait pu le faire une cause d'ordre moral. La chirurgie ne pouvant évidemment rien contre ses aptitudes au délire, le malade reste donc exposé par la suite à toute nouvelle secousse physique ou morale. Les récidives possibles ne sauraient donc amoindrir (préface du 5e vol.) la valeur des résultats obtenus.

Je n'ai pas revu tous mes opérés. La malade présentée par Febvré à la société médico-psychologique est retombée dans un nouveau délire. Elle est actuellement dans les asiles dans un état de démence avancée et il est possible qu'il en soit ainsi de quelques autres.

FAITS ET OPINIONS

L'EROTISME DANS L'HYSTÉRIE

Par le Docteur J.-B. Buvat
Ex-interne des Asiles de la Seine
Médecin de l'Etablissement hydrothérapique de Montsouris

Séglas [1], (et avec lui, la plupart des auteurs) entend sous le nom d'érotisme « les manifestations délirantes du sens génital ».

Au cours de cette étude, sous le nom d'érotisme nous envisagerons non pas seulement les manifestations délirantes mais toutes les manifestations anormales du sens génital.

Les hystériques, bien qu'ils le soient parfois ne sont pas d'une façon générale au sens étroit du mot, des délirants, mais en revanche ils sont toujours des anormaux, sur la pente du délire, des chaînons qui relient l'individu sain à l'aliéné notoire.

Les manifestations anormales du sens génital se traduisent dans le domaine physique par l'éveil précoce de la fonction sexuelle, son irritabilité qui se manifeste par les pratiques d'onanisme solitaire, ou d'onanisme collectif, par des rapports précoces ou anormaux, saphisme, pédérastie, par de l'exhibitionnisme ; dans le domaine psychique par l'idée amoureuse précoce, déviée, anormale, idée fixe le plus souvent qui passe dans les rêves, les préoccupations, les propos, les écrits, et pousse parfois le malade à des actes allant du flirt provocateur, aux déclarations passionnées, aux excès sexuels avec ou sans perversion, enfin à l'érotisme persécuteur et accusateur.

Le plus souvent l'acte physique est lié au trouble psychique, mais dans les formes atténuées, des malades aussi conscients que le sont les hystériques n'avouent pas de suite de tels troubles.

L'érotisme chez les hystériques comme chez les autres mentaux reste douloureux et inapaisant, il n'évoque pas comme on se le figure généralement, l'idée d'un plaisir euphorique, d'une satisfaction complète et réparatrice, il est fonction d'une sexualité pervertie, troublée sinon dans son anatomie, au moins dans sa physiologie ; il est automatique le plus souvent, échappe au contrôle volontaire, et il ne laisse au malade qui le subit, d'autre sensation que celle que laissent aux hystériques leurs zônes d'hypoesthésie douloureuse.

Le malaise psychique qui accompagne l'érotisme, éveille l'idée jalouse chez l'hystérique de la même façon que l'abolition ou la quasi annihilation de la fonction sexuelle ou au contraire sa surexcitation, éveille la jalousie chez l'alcoolique chronique et chez le cocaïnomane. Plus les manifestations de l'érotisme se répètent, plus le sentiment pénible qui l'accompagne va croissant, le malade court après une chimère, il s'onanise parfois avec frené-

[1] Séglas in Gilbert Ballet. *Tté des maladies mentales*, p. 226.

sie, il se livre aux excès sexuels, à des débauches inimaginables avec des raffinements pervers qui le laissent épuisé et qui aggravent la névrose.

On observe tous les intermédiaires depuis les cas où l'érotisme ne laisse dans le tableau de la névrose qu'une teinte légère jusqu'à ceux où il prend le pas sur tous les autres symptômes.

Ces manifestations anormales du sens génital peuvent être apparemment la cause occasionnelle de la psycho-névrose, elles en sont le plus souvent un simple épisode. Elles se retrouvent avec des caractères un peu différents chez les psychasthéniques et les épileptiques et dans toutes les psychoses.

Nous croyons qu'elles existent assez fréquemment dans le tableau clinique au cours de l'évolution de la psycho-névrose, mais nous n'en ferons pas un symptôme constant, encore moins pathognomonique, et nous ne leur accordons aucune importance pathogénique.

L'étude de l'érotisme dans l'hystérie, a dans ces dernières années provoqué des controverses ; les auteurs modernes ont pour le plus grand nombre réagi contre l'opinion des auteurs anciens qui faisaient de l'hystérie une névrose érotique ; Louyer-Villermay qui avait émis au commencement du XIXe siècle une théorie pathogénique utérine de la névrose, servit de cible, et il fut en la dernière moitié du dernier siècle le bouc émissaire des auteurs qui réhabilitèrent les hystériques.

Nous allons passer en revue l'opinion des auteurs sur cette question et nous y glanerons des faits auxquels viendront s'ajouter ceux de nos propres observations.

On lit dans Pitres [1] « que les hallucinations érotiques ont joué un rôle important dans la symptomatologie des grandes épidémies d'hystéro-démonopathie : les Ursulines de Loudun croyaient recevoir la nuit la visite d'Urbain Grandier.

Mme de Belciel leur supérieure était tourmentée par le démon de la luxure... Pitres ajoute « qu'il est fort rare que les hallucinations érotiques des hystériques soient accompagnées de sensations voluptueuses agréables ; dans la majorité des cas, l'illusion du rapprochement sexuel provoque même des douleurs aiguës... les hallucinations laissent dans la mémoire une trace profonde et ineffaçable... et c'est sans doute à cause de cette vivacité et de cette persistance du souvenir de leurs hallucinations que les hystériques deviennent si facilement accusatrices ».

Colin [2] s'élève contre l'opinion qui voulait que l'érotisme fût fréquent dans l'hystérie et dans les conclusions de sa thèse il dit que « les tendances érotiques sont l'exception chez les hystériques ».

Il [3] « a été fort étonné d'une affirmation de Briquet d'après laquelle plus de la moitié des filles publiques de Paris seraient hystériques. Cette affirmation est reproduite par Legrand du Saulle, et les deux auteurs s'en servent d'ailleurs pour détruire

[1] PITRES *Leçons cliniques sur l'hystérie*. t. II, p. 38-39-40.
[2] COLIN. *Essai sur l'état mental des hystériques*. Th. 1890.
[3] *Id*. p. 39.

la théorie utérine de l'hystérie et pour prouver que la continence ne prédispose pas à la névrose, tandis qu'au contraire les excès vénériens en favorisent le développement. Tout le monde aujourd'hui semble à peu près d'accord là-dessus et les prétendues tendances érotiques des hystériques sont reléguées maintenant au rang des mythes.

Cependant il y a encore dans le public et chez une foule de médecins, des idées erronnées à ce sujet, et pour beaucoup de gens une hystérique, doit abuser des plaisirs vénériens. Parmi les 196 vénériennes examinées à St-Lazare, nous avons trouvé en tout 19 hystériques soit environ 10 0/0. Nous sommes donc loin du compte de Briquet ». Plus loin Colin [1] ajoute « que les tendances érotiques, les nymphomanies n'ont aucune raison de subsister au 1er rang de la scène morbide, on ne les rencontrera pas plus souvent qu'on ne les rencontre chez les dégénérés ordinaires ». Enfin l'auteur [2] rapporte les 7 observations suivantes dont nous donnons le résumé où des perversions sexuelles coexistent avec l'hystérie (3 observations d'enfant et 4 d'adultes).

Obs. 47. — E. 93 ans. Perversion morale. Aberrations sexuelles. Hystérie : depuis l'âge le plus tendre s'amuse avec les petits garçons. Masturbe son jeune frère. A voulu mettre le feu. Attaques d'hystérie.

Obs. 48. — Fille de 8 ans. Perversion morale. Aberration sexuelle. Hystérie. A déjà des rapports avec des enfants de son âge. Hémianesthésie droite. Strabisme convergent léger droit.

Obs. 49. — Aberration sexuelle. Hystérie. Déflorée à 7 ans, a depuis des rapports sexuels réguliers. Saphisme. Onanisme réciproque avec son frère. Masturbe les chiens. Hémianesthésie gauche.

Obs. 50. Perversion sexuelle. Débauche. Hystérie.

Obs. 51. — Erotisme. Dégénérescence mentale. Alcoolisme. Hystérie. Femme de 37 ans. « Il y a dit la malade, des femmes qui sont de marbre, d'autres qui sont de feu : s'il fallait que je descende dans la rue toutes les fois que je suis passionnée, j'y serais tout le temps.

D'ailleurs c'est ma maladie, les médecins m'ont dit que mes attaques ne se passeraient que lorsque je n'aurais plus mes règles. Après mes attaques, il me faut des hommes, mais comme je ne veux pas racoler j'emploie l'eau froide. Je m'asperge tout le corps et cela me calme. Mon premier mari aimait mieux une bouteille de champagne, il se servait pour me satisfaire d'artifices qui étaient loin d'atteindre le but désiré.

Mon deuxième mari a 68 ans, c'est un père, il fait ce qu'il peut, mais il n'est pas de taille à lutter avec une femme comme moi ».

Rêves lubriques. Sensibilité très obtuse au contact, à la piqure, au froid. Plaques d'hyperesthésie. Crises. Rétrécissement concentrique du champ visuel.

Obs. 52. — Perversion sexuelle. Dégénérescence mentale. Attaques d'hystérie depuis l'âge de 11 ans 1/2. Violée à 10 ans. A 12 ans rapports sexuels. Prostitution. Syphilis. Hypoanesthésie à droite, n'éprouve aucune sensation au moment du rapprochement sexuel.

Obs. 53. — Hystérie traumatique par morsure de chien enragé. Per-

[1] Colin *Id.* p. 67.
[2] Colin *Id.* p. 218 et suivantes.

version sexuelle. Père onaniste, frère onaniste. Fille de 8 ans onaniste dès le berceau. Fils de 6 ans, mange ses matières fécales, onanisme depuis le bas âge. La malade s'adonne à la masturbation depuis qu'elle se connait 3 à 4 fois par jour. Mariée, se couche dans la journée, se masturbe avec une serviette. A des habitudes de saphisme.

Mais pour Colin l'hystérie « est une et indivisible » et ces perversions sexuelles appartiennent à la dégénérescence mentale qui est associée à la névrose elles ne relèvent pas de l'hystérie.

Gilles de la Tourette [1] s'exprime ainsi sur cette question de l'érotisme.

« Les hystériques dans la période d'activité sexuelle recherchent bien plus les prévenances, les attentions délicates de l'homme, que l'acte génital qu'elles ne font souvent que tolérer. Si après un certain temps de possession, l'acte subsiste seul ou à peu près, ou est trop souvent répété, la situation se tend, une rupture va éclater... l'acte sexuel a été pour l'hystérique plus qu'une désillusion, elle ne le comprend pas : il lui inspire des répugnances insurmontables. Les idées, disons mieux, les illusions qu'elle avait sur l'amour, s'évanouissent parce que chez elle les sens ne s'éveillent pas comme cela devrait être normalement. »

Pierre Janet [2] tout en défendant les hystériques d'être érotiques explique pourquoi elles le deviennent quand elles le sont : « Après avoir accusé les hystériques de tous les crimes de la sorcellerie... on a soutenu que ces malades avaient un caractère éminemment érotique. Cette croyance se rattachait à la théorie utérine de l'hystérie dont Briquet a fait si bonne justice... L'érotisme existe, à mon avis dans l'hystérie comme toutes les idées fixes possibles. J'ai recueilli 4 observations sur 120, où il joue un rôle tout à fait prédominant. Cela n'a rien de bien étrange, les passions amoureuses, les désirs sexuels doivent exister chez ces personnes, la plupart jeunes, absolument comme chez les autres. Les hystériques entendent parler d'amour, en voient et en lisent les descriptions, pourquoi leur esprit si prompt à s'impressionner, si docile à toutes les influences, résisterait il à celle-là ? Dans le délire hystérique surtout, les malades parlent très souvent d'amant, de mari, de viol, de grossesse, mais on ne peut mettre dans son délire que ce que l'on a dans l'esprit. Ces choses sont la grande préoccupation des personnes de cet âge et quelquefois des autres. Est-il bien prouvé qu'un nombre égal de jeunes femmes ayant d'autres délires d'une origine quelconque ne parleraient pas exactement de la même manière ? »

« Qu'il y ait des hystériques coquettes, dit Sollier, [3] et qui aiment à provoquer l'attention des hommes, cela est non seulement possible, mais certain. Mais comme beaucoup de femmes n'ont pas besoin d'être hystériques pour en faire autant, il serait nécessaire de faire une statistique comparée pour établir que ce trait

[1] Gilles de la Tourette. *Traité de l'hystérie*, t. I, p. 518.
[2] Pierre Janet : *Etat mental des hystériques. Les stigmates mentaux*, p. 225.
[3] Sollier : *Genèse et nature de l'hysterie* t. I, p. 458-59.

de caractère se rencontre plus souvent chez les hystériques. Je ne le crois pas, au moins chez les grandes hystériques anesthésiques. Chez celles-ci en effet il y a de l'anesthésie des organes génitaux comme de tous les autres organes et elles sont ordinairement complètement frigides. Si l'anesthésie est moins profonde comme cela arrive sous l'influence de l'excitation de la période menstruelle, elles sont en proie à des sensations qui bien loin d'être voluptueuses, sont au contraire douloureuses, et ne sont pas faites pour les tenter de les provoquer volontairement. Il n'y a que chez certaines hystériques peu profondément atteintes encore, que l'on rencontre de l'érotisme ; dans ce cas l'érotisme résulte de l'hypersthésie des organes génitaux, laquelle est un des degrés les plus légers de l'anesthésie : les sensations de cuisson, les démangeaisons continuelles poussent les malades à l'onanisme si elles sont jeunes filles, aux rapports sexuels si elles sont femmes ; mais comme leur hyperesthésie n'est pas du tout calmée par ces procédés, qu'elles ne peuvent pas arriver à satisfaire leurs besoins sexuels, elles passent pour de véritables Messalines, étant sans cesse à la recherche d'une sensation qui les fuit, d'un soulagement qu'elles ne peuvent atteindre. En somme, les hystériques sont plus souvent frigides que sensuelles.

Pour Falret [1] « les hystériques ont fréquemment des tendances érotiques prononcées, quoique l'on ait beaucoup exagéré cette disposition ordinaire de leur nature, car elles sont plus souvent coquettes et vaniteuses que vraiment ardentes et passionnées. »

Quant à l'excitation sexuelle, dit Régis, [2] considérée pendant longtemps comme le signe pathognomonique de l'hystérie, il faut reconnaître que son existence est loin d'être constante et qu'il y a souvent au contraire frigidité, avec ou sans pratiques anormales et perversions. Les troubles hystériques s'exagèrent presque toujours à l'occasion des divers événements de l'existence, surtout des grands processus de la vie génitale comme grossesse, menstruation, ménopause. »

Enfin voici l'opinion de Séglas [3] qui parait être en opposition avec celles des auteurs précédents. « Sans vouloir généraliser, je ne puis m'empêcher de constater que par une coïncidence sans doute curieuse, dans les faits les plus caractérisés de délire d'origine et de nature hystérique que j'ai pu recueillir personnellement, les préoccupations sexuelles, le délire érotique, les hallucinations génitales figuraient toujours au nombre des phénomènes vésaniques les plus caractérisés.

Cette longue revue de l'opinion des auteurs, quelles que soient les conclusions que chacun d'eux en tire pour ou contre le caractère érotique des hystériques, prouve que dans la séméiologie de l'hystérie il faut tenir compte des idées érotiques ; peu importent la fréquence, l'importance, l'intensité des manifestations, mais si

[1] Cité par Colin In *Traité des maladies mentales G. Ballet 1903.*
[2] Régis, *Précis de Psychiatrie* p. 797.
[3] Séglas In Tté. de G. Ballet p. 266.

on ne peut le nier, on ne peut faire de l'érotisme toute l'hystérie, et des hystériques uniquement des érotiques. L'idée érotique et avec elle l'idée jalouse son corollaire, doivent prendre place parmi les symptômes psychiques que l'on rencontre fréquemment chez les hystériques : si elles n'existent pas toujours dans tous les cas, elles ont cela de commun, les stigmates mis à part, avec la plu part des manifestations hystériques qui n'existent pas toutes au grand complet au même moment sous les yeux de l'observateur ; une anorexique n'est souvent que cela, l'anorexie guérit, puis quand la névrose réapparait, elle le fait souvent sous une autre forme, les épithètes de Protée, de grande simulatrice lui ont été appliquées depuis longtemps.

Les idées érotiques et leurs compagnes les idées de jalousie, peuvent au cours de la psycho névrose hystérique, rester masquées longtemps par des symptômes plus bruyants, puis apparaitre, évoluer, prendre le pas, le devant de la scène clinique, durer plus ou moins longtemps (ce que durent tous les paroxysmes hystériques), causer quelque gros scandale qui attire l'attention non plus seulement du clinicien et des proches du malade, mais celle de l'expert, du juge, du grand public, — puis s'atténuer, disparaitre, céder le pas à d'autres manifestations, à des crises de sommeil, de contracture, de paralysie, d'amaurose, enfin au nombre infini d'accidents que ces malades peuvent présenter. C'est en regardant longtemps ce kaleïdoscope clinique qu'est une hystérique qu'on verra apparaitre dans le champ de l'observation, l'idée érotique et l'idée jalouse, que la malade cache le plus souvent : ce sera au cours d'une crise suivie d'une période de somnambulisme où la personnalité de la malade aura rétrogradé, qu'elle exprimera dans le monologue où elle revit une période antérieure quelques propos relatifs à des manifestations érotiques dont la malade à l'état de veille ne parlait point. Une autre fois ce sera en retirant une épingle à cheveux fixée dans le vagin, un dé, des aiguilles que le médecin apprendra de la malade que depuis longtemps elle se livre à des pratiques solitaires bizarres. Que de malades, prédisposées bien entendu, entrées dans les grands accidents de la névrose à la suite d'une émotion génitale faible ou forte, que d'anorexies graves ont été provoquées par le dédain de quelque sage amoureux.

L'érotisme n'existe pas chez les gens normaux ; il est l'indice d'un désordre nerveux fonctionnel ou organique ; qu'il s'agisse d'hystériques, de psychasthéniques, d'épileptiques, de persécutés, de mystiques, de mélancoliques, de maniaques, de tabétiques, de paralytiques généraux, de déments séniles. Mais nous admettons volontiers que chez les hystériques, qui sont au bas de l'échelle, des tares dans la famille névropathique, l'érotisme ne soit pas plus fréquent que dans les autres maladies mentales. De plus nous ne pouvons oublier avec quelle fréquence l'hystérie s'associe avec toutes les formes psychopathiques ; quand on se trouve en présence d'une de ces associations morbides, quel critérium nous permettra d'affirmer que l'érotisme, s'il existe, appartient plutôt à l'une qu'à l'autre des associées.

Il faudrait pour pouvoir bannir l'érotisme de l'hystérie et réhabiliter complètement cette dernière à cet égard, prouver que l'érotisme n'existe jamais dans les cas purs d'hystérie franche et quand par des statistiques portant sur des observations nombreuses on aurait fait cette preuve, on ne comprendrait pas très bien par quel prodige pathologique, la sémeiologie de l'hystérie, de la grande simulatrice, verrait seule mettre hors son cadre, ces idées érotiques et jalouses qu'on retrouve dans des névroses proches parentes comme la psychasthénie et l'épilepsie.

Au reste aucun nosologiste n'a jamais soutenu un tel paradoxe ; mais les idées excessives sur la prédominance de l'érotisme dans l'hystérie ont amené comme toutes les idées ou les doctrines outrancières, une réaction en sens contraire ; de plus la dégénérescence mentale qui prenait grand essor au moment de cette réaction a envahi l'hystérie comme elle avait envahi toute la pathologie mentale et se substitua en tant que caput mortuum à l'hystérie elle-même ; les limites de cette dernière se retrécirent, se précisèrent et tout ce qui chez elle n'était point stigmate, et sentait la psychiatrie fut éloigné et attribué à la dégénérescence mentale.

Aujourd'hui la dégénérescence mentale de Magnan, en tant qu'entité clinique, attaquée de toute part, démembrée, n'existe plus, elle survit en tant que formule anthropologique qui groupe dans une même famille tout ce qui touche aux maladies nerveuses et aux maladies mentales, c'est le sens que lui donnent actuellement les auteurs et parmi eux le professeur Joffroy [1].

Les lambeaux cliniques de la dégénérescence sont absorbés par la démence précoce de Kræplin qui englobe les anciens délires polymorphes, la manie raisonnante et le déséquilibre des facultés morales et intellectuelles, et par la psychasthénie de Raymond et Janet qui, avec son double trépied symptomatique scrupule, aboulie, angoisse, phobie obsession, impulsion a pris ce qui était le propre des anciens syndromes épisodiques.

Mais si les dénominations et les groupements nosologiques se transforment, les faits cliniques restent. Or en clinique on rencontre rarement le cas type pur d'hystérie avec ses stigmates sans association d'autres symptômes qu'on rencontre dans les psychonévroses voisines, il y a foule de cas intermédiaires mixtes, l'hystéro-psychasthénie est fréquente ; on rencontre des hystériques qui sont en même temps des épileptiques, des paranoiaques avec du délire de persécution à base d'interprétation ; « il ne faut pas oublier dit Régis [2], que l'idée des rapports de l'hystérie vraie avec la stupidité (Séglas-Chaslin) et avec la démence précoce (Reyneau Th. Bordeaux 1905) a pu être soutenue ». C'est une opinion que nous avons entendu émettre par le professeur Joffroy qu'on entre parfois dans la démence précoce par la porte de l'hystérie.

L'érotisme est-il symptôme de l'hystérie ou bien quand on

[1] Joffroy : *Des myopsychies*. Rev. neurologique 1902 p. 290.
[2] Régis : *Précis de psychiatrie* p. 353.

le rencontre chez une hystérique n'est-il point plutôt symptomatique d'un état psychopathique associé ainsi que le croit Colin ? Notre expérience personnelle ne peut nous permettre de trancher catégoriquement cette question qui a surtout un intérêt doctrinal.

Les observations résumées que nous apportons sont celles de malades chez qui l'hystérie est indéniable, aucun des stigmates ne fait défaut, ces malades ont pour le plus grand nombre été suivis des mois, quelques-uns des années. Chez la plupart il y avait des états psychopathiques associés, mais l'hystérie restait la névrose prédominante ; quand les syndromes épisodiques s'atténuaient, disparaissaient, elle seule restait, constituait le fonds pathologique.

Nous apportons 17 observations divisées en 2 groupes : le 1er groupe renferme 9 observations qui ont trait à de grands hystériques (8 femmes 1 homme), hystériques à crises somnambuliques avec régression et dédoublement complet de la personnalité ; le 2e groupe renferme 8 hystériques à stigmates indéniables chez qui l'hypnose spontanée ou provoquée n'a jamais eu lieu ; chez tous nous avons trouvé des manifestations anormales du sens génital à un moment donné de l'évolutien de leur maladie. De plus sur nos 17 malades, 7 ont présenté de l'auto-hétéro-accusation soit au point de vue viol, avortement ou rapports sexuels, désignant leurs prétendus complices.

Parmi les 9 malades du 1er groupe, 2 en plus de leurs troubles hystériques évoluent vers la démence précoce, un est en même temps psychasthénique, 2 autres ont du être internés l'une pour morphinomanie avec « dégénerescence mentale », l'autre pour troubles mentaux causés par une amnésie rétro-antérograde le reportant à 25 ou 30 ans en arrière et qui le fit prendre pour un délirant ; il y a seulement dans ce groupe 4 hystérisques qui ne présentent pas d'association psychopathique nette. Dans le 2e groupe, sur les 8 hystériques 5 présentaient une association psychasthénique avec obsessions diverses.

Nous ne donnerons qu'un résumé des 17 observations en insistant surtout sur les manifestations anormales du sens génital.

Obs. 1. — H. 27 ans, les manifestations hystériques remontent à l'enfance. Anorexie à rechute avec amaigrissement considérable, crises de sommeil avec régression de la personnalité à la prime enfance. Grandes crises convulsives, anesthésie généralisée, a présenté des phénomènes autoscopiques ; en traitement depuis une dizaine d'années, pratiques d'onanisme invétéré, surtout marquées au moment des règles, s'introduit des dés, des aiguilles et d'autres instruments dans le vagin. Ces crises d'onanisme viennent par paroxysmes à longs intervalles, coïncident avec des crises de sommeil et un affaissement plus marqué des facultés intellectuelles. Prétend, à l'état de veille, avoir eu des rapports sexuels pendant assez longtemps avec un de ses frères qui aurait profité d'une crise pour la violer. Dans le sommeil hypnotique quand sa personnalité régresse à cette période, les effusions amoureuses confraternelles se manifestent ; elle mime tout jusqu'au coït. De loin en loin l'idée fixe d'avoir des enfants s'implante, et la malade dans ces paroxysmes, cherche à fuir, elle doit être étroitement sur-

veillée. l'onanisme redouble jusqu'à la frénésie : la malade prend le masque hébété, la lenteur des conceptions, la stéréotypie, la catatonie qu'on retrouve chez les déments précoces dans la forme dépressive.

Cet érotisme se manifeste de façon paroxystique, puis disparait.

Obs. 2. — J. 26 ans. Grande hystérique à crises de sommeil avec strabisme convergent au moment des crises et anesthésie totale. Malade depuis l'enfance. A fait de l'anorexie, des vomissements hystériques, de la contracture des membres inférieurs, du méningisme, de l'autoscopie : en traitement avec interruption depuis 3 ans.

Au point de vue érotique a dit dans le sommeil d'abord, puis plus tard a confirmé à l'état de veille, que depuis l'âge de 8 ans elle a des habitudes d'onanisme et de saphisme. Accuse son père d'avoir profité d'une crise de sommeil pour la violer en 1902 ; quand dans le sommeil sa personnalité se reporte à cette date, elle revit la scène et manifeste une horreur profonde. A des impulsions au suicide depuis cette date quand elle est endormie, dans certaines crises où elle veut se tuer, il faut plusieurs personnes pour la maintenir, pour l'empêcher de se défenestrer. A avalé un jour des épingles pour en finir, les a rendues par l'anus sans accident grave. Ecrit à son médecin et lui demande un jour qu'il devienne son amant qu'ainsi il la guérira ; il ne sera son amant qu'un seul jour, après elle se mariera et restera guérie. Est jalouse des autres malades traitées par son médecin.

Obs. 3. — A. 25 ans, grande hystérique à crises fréquentes de sommeil avec dédoublement complet de la personnalité. Contractures des membres inférieurs, hémianesthésie gauche. Crises de tachycardie (le pouls bat des heures à 160 pulsations). Crises de diarrhée séreuses. Rétention d'urine. Amoureuse. Plusieurs séjours dans les maisons de santé depuis 5 ans. Caractère précieux et égoïste, vanité morbide, ambitions artistiques, cause d'elle sans cesse et de sa maladie, hypochondriaque souriante.

Son érotisme s'est manifesté à l'égard du 1er médecin qui la soignait, elle en était devenue éperdument amoureuse. Entre dans une autre maison de santé, elle se lamente sur sa passion première, elle ne pourra jamais oublier, jamais guérir, elle évoque sans cesse le souvenir « les caresses et les baisers sur la bouche » que lui aurait donnés son médecin. Il faut des mois d'ironie, pour venir à bout de cette idée fixe qui persiste à l'état de veille comme dans l'hypnose, et les accés de retention d'urine coïncident avec elle.

Son état s'est grandement amélioré, mais la passion envers son premier médecin s'est transformée peu à peu en rancune, elle l'accuse par son traitement d'avoir prolongé sa maladie, son zèle amoureux se manifeste à l'endroit du deuxième et par un prosélytisme curieux, elle pousse quand elle le peut les malades qu'elle connait de son premier médecin vers le deuxième, si cela lui était possible elle leur ferait rompre leurs relations d'amitié.

Obs. 4. — Vi. 29 ans, internée à Villejuif avec le certificat du Dr Magnan. Dégénerescence mentale avec morphinisme, dépression mélancolique et tendance au suicide. Et le suivant du Dr Briand. Dégénérescence mentale avec morphinomanie ancienne (12 ans), tendances mélancoliques. Angoisses, accidents hystériques. Cette malade demande à être débarrassée de ses habitudes de morphine.

Nous avons publié cette observation en partie dans un article sur l'auto-représentation chez les hystériques (*Gaz. des Hopit.* Nov. 1902). La malade était en état de vigilambulisme avec anesthésie totale. Le réveil de la sensibilité par la mécanothérapie amène l'hypnose et une régression de la personnalité à 17 ans en arrière. Cette malade guérit

de sa morphinomanie, elle sortit de l'asile considérablement améliorée de son état hystérique. Au point de vue érotique, nous notons que dès l'âge de 9 ans, elle a des amants, et que dès la plus tendre jeunesse elle mène l'existence misérable des prostituées au quartier latin. Prédilection marquée pour le saphisme. Jalousie féroce à l'égard de ses compagnes à l'asile, jalousie qui l'amenait a frapper violemment. En quittant l'asile deux voies s'ouvrent devant elle, le travail avec une de ses sœurs, ou la débauche, la deuxième voie est suivie d'enthousiasme; s'accuse et accuse certaine personnalité politique d'avortement.

Obs. 5. — H. 38 ans, grande hystérique à crises caractéristiques. Malade depuis l'âge de 11 ans. Dit qu'à cet âge un prêtre aurait voulu la violer et l'aurait menacée de mort, elle se serait échappée sans que le viol ait été consommé. Ce fait a été l'occasion d'une première crise d'aphonie qui fut suivie d'autres à assez longs intervalles et de crises d'anorexie avec amaigrissement considérable.

Hystérectomisée pour une affection des annexes. Frappée par la foudre, elle eut de grandes crises hystériques, avec anesthésie généralisée. Plusieurs séjours dans les maisons de santé.

Son érotisme se manifeste dans son langage, c'est une incomprise : son mari est brutal et ne sait l'aimer comme il faudrait. Scribomanie quotidienne à l'adresse de ses médecins où elle déverse son affection débordante. Tendance à attirer l'attention sur ses organes génitaux, onanisme et rêves voluptueux fréquents.

Obs. 6. — J. 30 ans. Sacro-coxalgie gauche avec hémianesthésie gauche. Mise durant 2 ans dans des appareils plâtrés, pseudo-ankylose de toutes les articulations du membre inférieur gauche, puis du droit. Insomnie. Crises de tachycardie. Anorexie.

Séjour de plusieurs mois dans maison de santé. Par la mécanothérapie qui amène l'hypnose et une régression de personnalité à 15 ans en arrière, on obtient un résultat fonctionnel excellent; la malade qui ne marchait plus depuis plus de 3 ans a recouvré l'usage de ses membres inférieurs.

Au point de vue érotique, on note que la malade aurait subi une tentative de viol vers 16 ans par un de ses patrons, les accidents hystériques seraient apparus consécutivement. Dégoût pour son mari qu'elle considère comme brutal, qu'elle a épousé par contrainte, forcée par sa mère.

L'acte sexuel est toujours pénible et douloureux. Manifestations affective, exagérées à l'endroit de ses médecins. L'onanisme habituel, lui donne des satisfactions que lui refuse le coït.

Obs. 7. — R. 27 ans. Hystérique à stigmates manifestes, avec association de scrupules, obsession, angoisses, interprétation erronnées, tendances aux idées de persécution, lourde hérédité psychopathique : anesthésie en manchette, par zônes ; anorexie, entero-colite muco-membraneuse. hypnose provoquée facilement à la demande de la malade, après plusieurs séjours dans la maison de santé. La mécanothérapie sous hypnose améliore l'état de la malade.

Au point de vue érotique, nous notons le début apparent des accidents à propos d'une inclination amoureuse contrariée par les parents, alors apparaissent de vagues idées de defiance à l'endroit de ces derniers, de l'anorexie. La malade devient mystique, ne quitte plus les églises et s'onanise très fréquemment. L'état s'aggrave, entre à la maison de santé, s'énamoure successivement des médecins qu'elle accable quotidiennement d'interminables épitres, où elle exprime avec ses souffrances sa détresse morale, où elle fait appel à l'appui de l'affection, de l'amour, elle a besoin d'être soutenue, d'avoir un cœur qui réponde

au sien. Onanisme. surveillance, jalouse des visites que son médecin fait à d'autres malades qu'elle suppose être atteintes de la même maladie qu'elle.

Obs. 8. — P. 66 ans. A été interné 3 fois, est un grand hystérique dont l'observation a déjà été publiée par Vallon et de Fursac (Arch. de Neurologie 1897). Interné pour des crises d'amnésie retro-anterograde avec semi-mutisme, crises d'amnésie qui reportait le malade à 25 ou 30 ans en arrière, et qui succédait toujours à des débauches génitales fantastiques. Tour à tour officier, millionnaire, directeur de vélodrome. infirmier, marchand de tabac à Saïgon, policeman au Chili, deux ou trois fois réengagé à la légion étrangère, compromis dans des affaires louches, traduit en correctionnelle et aux assises, a abandonné sa femme et son fils, après avoir dilapidé leur fortune. P. est depuis 2 ans employé dans une administration parisienne, et mène une existence à peu près tranquille Porte encore à l'heure actuelle des stigmates d'hystérie, anesthésie en manchette sur les membres. de la cornée du pharynx, sommeil léger, toux hystérique ; il se sent poussé malgré lui vers la femme, il veut résister, et il lutte contre cette impulsion tant qu'il peut, car lorsqu'il cède, il se rend dans des maisons spéciales, et là s'entourant de plusieurs prostituées, il se livre sur elles au coït « ab ore », au coït normal jusqu'à 12 et 15 fois de suite, et il sort de ces débauches le plus souvent amaurotique pendant quelques jours, c'est quand il les prolonge pendant deux ou trois jours qu'il ne sait plus ce qu'il advient de lui, et c'est à la suite de ces équipées prolongées qu'il est entré 3 fois dans les asiles. Il aime la femme, mais il n'a d'érection que quand il a flairé les organes génitaux. l'émotion sexuelle est chez lui consécutive à l'impression olfactive. A pratiqué la pédérastie à la Légion.

Obs. 9. — M. 33 ans. Grande hystérique depuis le jeune âge, a présenté tous les grands accidents de la névrose, paralysie, contractures, grandes crises convulsives, crises de sommeil avec régression de la personnalité à la première enfance ; depuis 5 ans, vit dans les maisons de santé, clinomanie : hypochondriaque gaie ; passe son temps à s'analyser mais sans réaction mélancolique, état mental du dément. précoce dont elle a la stéréotypie, les tendances catatoniques, l'indifférence affective vis-à-vis des siens, les réactions de persécutée-persécutrice envers le médecin qui la soigne depuis 4 ans ; elle l'accuse tantôt par ses négligences d'avoir compromis son traitement, tantôt de ne pas lui faire suivre le traitement approprié à son état ; elle a parfois de véritables explosions de jalousie parce que, dit-elle, son médecin s'occupe davantage de ses compagnes que d'elle, elle surveille le temps qu'il passe auprès des autres, — mariée, elle a un enfant, mais ses sentiments affectifs sont à peu près éteints ; elle s'onanise sans cesse et ses organes génitaux occupent dans ses préoccupations la première place. Scribomanie quotidienne à l'adresse de son médecin où les expressions affectueuses cotoient le reproche et la plainte.

Obs. 10. — I. 19 ans. Hystérique anorexique avec troubles de sensibilité à forme hémianesthésique : anesthésie épigastrique, insomnie, onanisme frénétique continue avec tout ce qui lui tombe sous la main, serviette de table, etc... Tout cela consécutif à des attouchements et des rapports sexuels à l'âge de 18 ans avec un jeune dominicain qui du confessionnal se serait introduit dans le milieu familial. Surprise par sa mère. la jeune fille est éloignée, elle présente alors des crises nerveuses, puis de refus d'aliments, des pleurs, de l'insomnie, des rêves érotiques, où elle revit les scènes avec le dominicain. Eveillée, elle dit qu'elle veut mourir de faim, qu'elle ne sera jamais la femme d'un autre

que du dominicain, que ce dernier lui a promis de quitter l'habit et de l'épouser : elle avoue ses habitudes d'onanisme auxquelles elle ne peut résister. Quelques mois d'isolement viennent à bout de son anorexie et de ses troubles de sensibilité, l'onanisme et les rêves érotiques ont seulement diminué d'intensité.

Obs. 11. — G. 24 ans, crises d'hystérie fréquentes, depuis quelques années avec troubles légers de la sensibilité, anesthésie en manchette, cornéenne, pharyngée. Ces crises s'accompagnaient d'une excitation génitale intense qui poussait la malade à un onanisme continu, ou dans les bras du premier venu, ce dont elle s'accuse; les parents eurent recours à l'isolement.

Isolée, la malade passe son temps à s'onaniser jour et nuit, la vue d'un homme la met dans un état d'excitation effroyable, elle supplie qu'on se livre sur elle à l'acte sexuel, elle pleure et dit qu'elle finira par se tuer si on ne la guérit; de temps en temps, crise hystérique, spasme œsophagien à peu près constant, anorexie; les parties génitales sont meurtries. N'est restée que 6 semaines en traitement, un an après le même état persistait. Jalousie à l'égard de ses frères et sœurs, et haine pour sa mère.

Obs. 12. — M. 48 ans. A toujours été nerveuse, de loin en loin crises hystériques franches.

A la mort de son mari, surviennent brusquement, avec un état de dépression, du sanglot et du hoquet hystériques qui persistent pendant des semaines; la malade est isolée. Hypoesthésie à gauche, zônes hystérogènes, insomnie, anorexie, hoquet et sanglot persistent encore quelque temps, la ménopause s'installe, En 3 mois le hoquet et le sanglot ont disparu, l'anorexie a cédé, la gaieté est revenue, mais avec de l'excitation génitale. La malade part, devient la maîtresse d'un homme âgé de 25 ans à qui elle donne de l'argent; elle affiche et avoue cyniquement cette liaison, elle qui trois mois auparavant se disait inconsolable et voulait suivre son mari dans la tombe.

Obs. 13. — A. 53 ans. Grande anorexique avec anesthésie généralisée, vomissements, contractures des membres inférieurs, la malade ne marche plus depuis des mois. Est transportée en ambulance à la maison de santé; la malade, qui est de taille moyenne, pèse 66 livres. Isolement rigoureux, mise à l'alimentation intensive, la malade passe en trois mois de 66 livres à 114 livres, soit 48 livres d'augmentation. Elle reprend la vie de tout le monde; mais avec la convalescence; s'installe une excitation génitale diurne et nocturne; la nuit, la malade est réveillée par des rêves érotiques, et pour se calmer se fait des lotions locales froides; la présence d'un homme dans son voisinage lui donne des excitations telles qu'elles provoquent l'orgasme vénérien; de temps en temps ces sensations voluptueuses intempestives, amènent du découragement et des idées vagues de suicide. La malade revue 5 mois après sa sortie a conservé son bon état général, et son excitation génitale avec rêves érotiques a beaucoup diminué, mais persiste et revient par paroxysmes.

Obs. 14. — F. 32 ans. Hystérique anorexique avec spasmes œsophagiens, troubles légers de la sensibilité, anesthésie en plaque. Zônes hystérogènes, ébauches de crises, association d'un état psychasthénique avec phobie, obsession de la tuberculose, crainte de la mort, et concurremment vagues idées de suicide pour échapper à la tuberculose. Isolement sur alimentation. En 4 mois la malade sort guérie, elle a gagné 20 livres et sa guérison s'est maintenue depuis déjà plus de 18 mois.

La malade était une incomprise. Son mari à qui elle ne peut adresser aucun reproche, ne savait pas la prendre, et préférait dit-elle, ses affaires à sa femme ; elle devint la maitresse d'un ami de son mari, et pendant 2 ans s'est livrée à toutes les voluptés des sens, accrue dit-elle par l'idée de l'infidélité, et des risques courus ; puis un jour le remords la prend, elle rompt mais devient malade.

Obs. 15. — Ch. 30 ans, anorexique hystérique avec anesthésie des membres inférieurs, difficulté de la marche, sommeil avec contracture ; léger état psychasthénique associé, crainte de la mort, de la folie, légère dépression ; après 3 mois d'isolement l'anorexie a disparu, la marche est revenue, les troubles de sensibilité ont rétrocédé, l'état psychasthénique s'est effacé. La malade est encore une incomprise, son mari est pour elle un objet de dédain et de pitié ; elle subit l'acte sexuel mais sans aucun plaisir ; elle s'onanise et cherche l'appui moral hors du foyer conjugal, scribomanie et propos érotiques.

Obs. 16. — E. 31 ans, entre à la maison de santé dans un état dépressif avec idées de suicide, idées légères de persécution à l'endroit de son mari.

Hémianesthésie gauche très nette, rétrécissement du champs visuel, insomnie légère, inaptitude absolue au travail, attitude endormie (la malade est d'habitude une intellectuelle très active), quelques crises hystériques et redoublement de tous les phénomènes, au moment des règles. Métro et ménorrahagies fibrome utérin. Dans le cours du troisième mois, la malade probablement en état second, se jette par sa fenêtre située au premier étage, elle reste en état de shock voisin du coma avec hémorragies nasales, pendant 48 heures nous redoutons une fracture de la base du crâne. La malade se réveille tout à coup transformée, complètement guérie, ne se souvenant pas de ce qui lui était arrivé. Elle reprit 8 jours plus tard sa vie habituelle.

En dehors d'un onanisme cynique pendant son séjour à la maison de santé, nous notons que la malade une première fois mariée, et ayant un fils d'une douzaine d'années, quitte son mari elle ne sait pourquoi ; elle l'a détesté tout-à-coup : a un amant avec qui au début elle s'entend bien, elle divorce, vit maritalement avec son amant, devient alors jalouse, défiante, avec de loin en loin quelques crises hystériques avec paroxysmes mensuels ; elle se laisse épouser ; la maladie se développe, elle ne mange plus, elle croit que son deuxième mari l'a fait tomber dans un piège, passe dans la même journée de la tendresse la plus passionnée aux défiances les plus injusfiées, a des crises, fait une tentative de noyade dans un bassin à poissons dans un jardin.

Quand elle fut guérie, elle sortit et témoigna à son mari les marques de l'affection la plus vive, cela dura six mois et un soir elle s'enfuit du domicile de son deuxième époux.

Obs. 17. — E. 42 ans, a eu dès l'âge de 18 ans des crises d'hystérie à la suite d'une série d'émotions violentes. Mariée à 23 ans, l'acte sexuel n'est pas consommé durant 17 ans à cause d'un vaginisme très serré dont ni le mari ni la femme ne se sont inquiétés ; ces rapports incomplets amènent une irritation et non une satisfaction et la malade est privée de sommeil . elle se rend vaguement compte qu'elle n'est pas comme les autres, jalouse les autres femmes, a des rêvasseries nocturnes à base d'abord de pensées sentimentales puis plus tard érotiques (elle a des rapports sexuels avec des hommes qui, le jour, ont été en rapport de service avec elle).

Crises hystériques, épistaxis, maux de tête, tout cela revient périodiquement surtout au moment des règles qui sont très douloureuses, et qui s'accompagnent toujours d'excitation génitale très pénible.

Sur cet état se greffent des phobies, des obsessions hyponchondriaques, phobie de la mort par cancer, de la folie, etc.. sensation de dédoublement, sentiment d'étrangeté, bref tout le cortège psychasthénique.

La malade a une légère hémianesthésie à gauche, des zônes hystérogènes et en trois mois à quatre grandes crises hystériques sous nos yeux.

Le retour de la période menstruelle déchaîne chaque fois un véritable orage cénesthésique avec angoisse, obsessions érotiques : elle est poussée à les satisfaire avec le premier venu, elle croit que cela la guérira, puis la honte de semblables idées l'envahit, elle désire la mort, car elle craint de céder, et de tromper son mari ; la constriction vaginale est alors au maximum ainsi que les troubles de sensibilité; un matin elle fit une tentative de suicide en avalant un flacon de chloral, mais après avoir prévenu toutes ses compagnes. Elle est allée ainsi déjà plusieurs fois sur la berge du fleuve avec l'intention de se tuer mais elle a pu toujours contenir son impulsion.

Nous bornerons au résumé de ces 17 observations notre exposé documentaire de cette question de l'érotisme, il nous reste encore autant d'observations de malades identiques où des faits analogues sont relatés. La plupart de nos malades présentent une hystérie associée, mais l'hystérie reste chez eux prédominante ; l'hystérie pure est rare croyons-nous, ou bien ses manifestations en sont légères, et ne viennent pas à l'observation dans les maisons de santé.

Nos observations et celles empruntées à la thèse de Colin montrent que les manifestations anormales du sens génital peuvent se montrer à tous les âges et à toutes les périodes de la névrose, à la puberté et à la ménopause, chez l'adulte et chez l'enfant; on les retrouve chez l'hystérique mâle et dans le cas d'hystérie mâle que nous citons, il ne semble pas que l'âge et la longue durée de cet érotisme en aient atténué les retours. Les menstrues entraînent une exacerbation de ces manifestations qui s'accompagnent alors le plus souvent d'idées jalouses. Les troubles de la sensibilité interviennent certainement dans la genèse de ces troubles, ils en sont avec le trouble vaso-moteur le substratum ; Qu'il s'agisse d'onanisme, de saphisme, de précocité dans les rapports sexuels, de recherche de l'obscénité, d'érotisme mystique, de scribomanie amoureuse, de la tendance accentuée qu'ont ces malades à aimer qui leur résiste et leur impose sa volonté, tous les phénomènes ont leur cause dans un trouble cénesthésique, et les variations de cette cénesthésie expliquent la variabilité de ces troubles et la versatilité de ces malades. L'érotisme chez l'hystérique peut ne pas être toujours un simple trouble pathologique sans conséquence sociale. Sans rappeler Urbain Grandier et l'affaire La Roncière le Noury, dans les observations que nous rapportons, nous voyons deux de nos malades accuser de viol, l'une son frère, l'autre son père, une 3e un dominicain, une 4e un prêtre, une 5e son médecin, une 6e son patron, une 7e accuse une personnalité politique de complicité d'avortement. Quelle place tient le rêve dans tous ces faits, nous ne saurions le dire, mais on sait assez quelle courte distance il y a du rêve au délire, et que Régis a pu considérer le délire hystérique comme un délire de rêve.

Nous avons tenu à rappeler simplement dans cette étude, et sans la moindre intention de généraliser, qu'on rencontre fréquemment chez les hystériques des manifestations anormales du sens génital. Comme Séglas, et sans être aussi par la même curieuse coïncidence, la grande majorité de nos hystériques, même en dehors des cas que nous relatons plus haut, ont présenté des faits pénétrants : nous ne nous croyons cependant pas autorisé à considérer l'hystérie comme un symptôme pathognomonique de la névrose.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 28 Mai 1906

MM. Deny et Paul Camus : *Délire d'interprétation et paranoïa*. *Discussion* : MM. Vallon, Pactet, Arnaud, Toulouse, Dupré.

MM. Deny et Paul Camus rapportent une observation de délire systématisé chronique à base d'interprétations fausses, appartenant au type décrit par Serieux et Capgras. Les auteurs essaient, à ce propos, un groupement rationnel des principales variétés de délires systématisés chroniques. Les seuls facteurs pathogéniques communs à tous ces délires, indistinctement sont, de l'avis de tous les auteurs : 1° *la conservation des facultés logiques* et 2° *l'absence des facultés autocritiques*. Or, dans l'état actuel de la science, cette absence de l'autocritique avec intégrité de la logique, ne peut être imputée qu'à une *anomalie psychique congénitale*, c'est-à-dire à une constitution psychique spéciale, dont les caractères sont aujourd'hui suffisamment tranchés pour justifier la dénomination de « paranoïa » qui lui a été attribuée par un certain nombre d'auteurs italiens, allemands, etc.

Chez ces sujets à constitution psychique si spéciale, l'affaiblissement originel du sens critique permet l'éclosion de délires à contenu variable, délires paranoïaques qui transforment en véritables aliénés des individus qui n'étaient, jusqu'alors, que des anormaux. Les caractères fondamentaux de ces délires sont : *la fixité, la tendance à la systématisation et la logique* au moins apparente qui en relie les différentes parties. Ces délires ne peuvent subsister, se développer et s'organiser qu'à la faveur d'une série de processus psychopathiques à la base desquels on trouve tantôt des représentations mentales exagérées, tantôt des interprétations fausses, tantôt enfin des troubles de la perception.

En se basant sur la prépondérance de l'une ou de l'autre variété de ces éléments constitutifs, les délires paranoïaques peuvent être divisés en trois grandes catégories :

1° les *délires à base de représentations mentales exagérées ou obsédantes* (type folie des persécutés persécuteurs) ;

2° les *délires à base d'interprétations erronées* (type délire d'interprétation de Schüle, Kræpelin, Sérieux et Capgras) ;

3° les *délires à base de troubles perceptifs*, répartis eux-mêmes en deux sous-variétés :

a) troubles des sensations internes ou cénesthésiques (type folie systématisée primitive hypocondriaque de Séglas), et *b) troubles sensitivo-sensoriels* (type délire chronique de Magnan).

La systématisation moins solide et moins durable, la tendance évolutive vers la démence plus manifeste dans cette dernière variété

permettraient peut-être de la détacher des autres formes de la paranoïa. Ces caractères autoriseraient, sinon à rattacher, avec Krœpelin, à la démence précoce les délires à base de troubles sensoriels, du moins à les considérer comme des formes intermédiaires entre les délires paranoïaques proprement dits et la variété paranoïde de la démence précoce.

M. Vallon : C'est à tort, à mon avis, que l'on considère les délires systématisés hallucinatoires comme aboutissant rapidement à la démence. On trouve fréquemment, en effet, et particulièrement dans les maisons de santé privées, des persécutés avec hallucinations qui sont internés depuis vingt et trente ans et sont loin d'être déments.

M. Deny : Les divergences qui existent entre les observateurs sur la question de savoir si les délires systématisés avec hallucinations conduisent rapidement ou non, à la démence, tiennent à ce fait qu'ils ne donnent pas tous au mot démence le même sens. Pour certains la démence est la perte totale des facultés intellectuelles, pour nous c'est le commencement de la désintégration des facultés.

M. Pactet : Il semble, d'après les nouvelles classifications que l'on propose aujourd'hui, que quantité de situations cliniques se seraient, jusqu'ici, déroulées sans qu'aucun médecin, en France, ait fixé ces faits dans une description clinique. Cela n'est pas. Le délire d'interprétation, par exemple, a été décrit par Falret sous le nom de délire des persécutés-persécuteurs. On trouve comme substratum de ce délire simplement des interprétations. D'autre part, ce que l'on désigne sous le nom de « constitution paranoïaque » fait partie de ce que nous avons appris à connaître comme « état mental des dégénérés ». Je ne vois pas là de faits nouveaux légitimant la création d'appellations nouvelle.

M. Arnaud pense avec Falret, et contrairement à l'opinion de M. Magnan, que le délire sytématisé avec hallucinations se termine rarement par la démence. Les malades ont encore un délire cohérent après trente ans. Leur activité mentale est conservée. Ils s'intéressent à la réalité actuelle et vivante, lisent les journaux et les discutent.

Le mot de *paranoïa* signifiait autrefois délire systématisé en général, avec ou sans hallucinations ; depuis, sa signification s'est réduite, il ne désigne plus les délires avec hallucinations. Ce n'est pas apporter un élément de clarté à la discussion que d'introduire dans le langage un terme dont le sens n'est pas fixé.

M. Deny : J'estime, avec M. Magnan, que les délires systématisés à base d'hallucinations aboutissent à la démence. Sans doute les malades peuvent encore lire les journaux, mais ils le font automatiquement ; ils sont incapables de reproduire ensuite ce qu'ils ont lu, ils lisent avec leur psychisme inférieur.

M. Pactet confond deux choses que nous avons essayé de différencier. Les délires des persécutés-persécuteurs sont à base d'obsessions, d'idées obsédantes et non à base d'interprétations. D'autre part, ces malades délirent non en parole, mais en action ; ils ont des réactions contre les personnes. Les malades de MM. Sérieux et Capgras et la nôtre ont un délire à base d'interprétations, non à base d'obsessions. Ils délirent en parole, mais n'ont pas de réactions.

Enfin, nous croyons pouvoir, avec Krœpelin et d'autres auteurs, retrancher de la *paranoïa* les délires à base de troubles sensoriels, parce que ces délires ne comportent pas l'intégrité des facultés syllogistiques et parce qu'ils se terminent par un état démentiel.

M. Toulouse : Je suis heureux d'entendre confirmer par M. Vallon et par M. Arnaud, l'opinion que j'ai émise ici-même, après des recher-

ches expérimentales faites en collaboration avec M. Damaye, sur la démence vésanique, qui n'est pas, à mon sens, une démence. Chez les malades qui sont étiquetés d'ordinaire déments vésaniques, on est étonné, en employant des moyens d'examen convenables de constater que les connaissances acquises par eux ne sont pas perdues comme chez les paralytiques généraux — déments types — mais simplement dissociées. Ce sont, en définitive, des confus et non des déments.

M. Pactet continue à considérer les persécutés-persécuteurs comme délirant sur des interprétations fausses et non sur des obsessions. Ces malades, en effet, n'ont pas d'obsessions, ils n'ont pas de fixité dans leurs idées, mais une mobilité évidente. Ils comprennent dans leur délire toutes les personnes qui les approchent. Ils passent tout leur temps à interpréter.

M. Dupré ne consent pas à appliquer le terme de confusion à l'état des vieux vésaniques, comme le fait M. Toulouse. Ces malades ne sont pas ahuris, égarés, désorientés dans le temps et dans l'espace.

M. Toulouse : Je n'attache pas à l'expression de confus, appliquée aux déments vésaniques, un sens nosologique étroit mais un sens purement symptomatique. Pour le reste je tiens à dire qu'on ne sortira, dans cette discussion, du chaos des opinions personnelles, qui depuis des années, sont toute l'histoire de la démence précoce, que lorsqu'on se résoudra à substituer les méthodes d'examen plus précises, dont la psychologie expérimentale nous a dotés, aux impressions qui constituent le plus souvent la clinique mentale. Les déments précoces sont-ils des déments ? Voilà une question qui n'est pas en dehors de la recherche, comme je l'ai montré. La plupart des autres questions peuvent être pareillement étudiées et solutionnées.

M. Dupré : Je crois que l'on doit distinguer deux questions : la terminaison des délires à base d'hallucinations, et l'existence de la *paranoïa*. Je ne trouve pas que ce mot de paranoïa soit inutile. Il convient pour désigner certains états congénitaux, qui se caractérisent par des anomalies de la sensibilité et de l'intelligence. Les anomalies de la sensibilité sont de deux sortes : 1° une augmentation du sens de la personnalité (hypertrophie du moi, autophilie, égocentrisme, orgueil) qui va en croissant et finit par devenir, à l'âge adulte, un état psychopathique ; — 2° une méconnaissance hostile des gens et des choses, une défiance vis-à-vis de tout le monde, un développement inutile de l'instinct de conservation. L'anomalie de l'intelligence consiste en une perversion du sens critique, qui est incapable de redresser les erreurs de la sensibilité. C'est sur ce fond particulier, qu'on peut appeler *constitution paranoïaque*, que naissent et se développent les délires paranoïaques, sans qu'il y ait besoin d'illusions et d'hallucinations. Si le sujet délire dans le sens de sa méfiance, il devient un persécuté, s'il le fait dans le sens de son orgueil, c'est un mégalomane, s'il ne délire pas il reste un méfiant, un jaloux, un amoureux, un passionnel, suivant le cas. Je crois que, au nom de la clinique, nous avons le droit de donner à des états psychopathiques qui appartiennent à la fois à des aliénés et à des non-aliénés, une dénomination particulière, et que le mot de *paranoïa* convient. Les sujets en question sont des anormaux, mais non des déséquilibrés, au sens habituel que l'on donne à ce mot.

D'autre part, je ne pense pas qu'on puisse adopter comme critérium, pour séparer les délirants par interprétations des persécutés-persécuteurs, le mode de leurs réactions. En effet, les réactions n'appartiennent pas au délire mais au fond mental de l'individu. Chacun réagit à sa façon, suivant sa propre psychologie.

G. Collet.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE PARIS

Séance du 3 mai 1906

Epithélioma primitif du cerveau. — M. RAYMOND CESTAN (de Toulouse) rapporte deux cas d'épithélioma primitif du cerveau. La tumeur, dans l'un et l'autre cas, avait une structure bien spéciale : travées de cellules épithéliales rappelant par leur aspect les cellules épendymaires et cavités pseudo-kystiques remplies d'un liquide mucoïde. L'auteur pense que les néoplasmes de ce genre proviennent de proliférations de l'épendyme ventriculaire.

Lésions nerveuses cellulaires produites par le Sérum névro-toxique. — M. P. ARMAND-DELILLE communique les résultats qu'il a obtenus en injectant un sérum névro-toxique au cobaye.

Traumatisme cranien. Syndrome vestibulaire. Accidents méningés cérébro-spinaux. — MM. PAUL LEJONNE et MAX EGGER rapportent l'histoire d'un malade qui a subi une première atteinte de méningite à la suite d'une fracture de la base du crâne, puis deux ans après, probablement sous l'influence d'excès alcooliques, une seconde atteinte intéressant le renflement cervical, et qui au bout de deux autres années, a fait une nouvelle poussée caractérisée par une exacerbation des douleurs déjà éprouvées, des vertiges, l'apparition d'un strabisme passager et l'affaiblissement de la force musculaire du bras gauche.

Symptômes et lésions médullaires dans la démence précoce catatonique. — MM. MAURICE DIDE et ALBERT LEBORGNE (de Rennes) ont constaté que dans sept cas de démence précoce qu'ils ont examinés, la moëlle présentait des lésions plus ou moins marquées.

G. C.

SOCIÉTÉ DE PSYCHOLOGIE

(15 mai 1906)

L'hystérie de Ste Thérèse. — M. G. DUMAS, analyse les textes où Ste Thérèse, ayant dépassé la cinquantaine, décrit les états dans lesquels elle se rapproche de Dieu. Il y relève des phénomènes d'hypnose de plus en plus accentués, qui lui paraissent caractéristiques de l'hystérie. Pourtant dans ses états de catalepsie extatique, la sainte possédait une mémoire entière. Pour l'auteur ce phénomène de mémoire en contradiction avec le diagnostic d'hystérie est le résultat d'une discipline tenace : poussé par un intérêt scientifique Hervey de St Denis est arrivé de même à conserver de ses songes un souvenir parfait. Enfin Ste Thérèse eut des convulsions dans son jeune âge et ne parvint à l'extase qu'après 40 ans.

J.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES

(avril 1906). — Section des sciences médicales

Le témoignage du vieillard en justice, sa valeur médico-légale. — M. PARISOT, de Nancy, considère comme suspect le témoignage des vieillards normaux. En dehors des véritables déments, les gens âgés sont sujets à des troubles de la mémoire, et sont parfois très suggestibles. Il serait à souhaiter que dans certains cas déterminés par des magistrats avertis, une circulaire ministérielle recommandât et réglât l'examen mental des vieillards appelés comme témoins en justice.

J.

REVUE DES PÉRIODIQUES

PÉRIODIQUES DE LANGUE FRANÇAISE

Archives de Neurologie
(Vol. XXI, n° 123, mars 1906).

A. Barbé. — **Le refus d'alimentation dans la démence catatonique.** — Les expressions *refus d'aliments* ou *sitiophobie* caractérisent d'une façon imparfaite la suspension de l'alimentation spontanée qu'on observe dans la démence catatonique. Chez ces malades, ainsi que l'a déjà indiqué Dromard, le négativisme n'est pas seul en cause lorsqu'il est nécessaire de recourir au gavage. La non alimentation des sujets est la conséquence du syndrome catatonique dans son ensemble; et si la stupeur est un obstacle à l'ingestion normale de nourriture, la suggestibilité fait accepter sans résistance l'alimentation artificielle. On peut même, dans certains cas, utiliser la tendance aux stéréotypies pour amener les malades à revenir progressivement à l'alimentation normale; mais ce résultat n'est obtenu que très lentement.

Madeleine Pelletier. — **Folie et choc moral.** — Pour le public, le rôle des émotions est considérable dans la genèse de la folie. Pour les aliénistes, les émotions ne sont que les incidents révélant la prédisposition latente, seul élément essentiel. Il semble à l'auteur que, parfois, la formule convenable soit entre ces deux opinions extrêmes. « Il n'est nullement nécessaire alors de faire intervenir une prédisposition spéciale aux troubles mentaux : il n'y a qu'un choc moral trop fort pour une énergie trop faible. » Tel est le cas du malade dont P... rapporte l'observation : cet homme aurait mené, sans danger pour sa raison, la vie calme et paisible qui, d'après Nietzche, convient aux seuls médiocres; mais dans sa petite ville de province, pour avoir voulu demeurer indifférent en politique, il est devenu hostile aux représentants de tous les partis : au supérieur du grand séminaire : à son beau-père, anticlérical fougueux; et, par suite, à sa propre femme. Enfin, ses affaires périclitant, il a fait une tentative de suicide (fracture du rocher et dépression psychique consécutive).

On pourrait penser que toutes ces catastrophes, dont le résultat est pour l'auteur un état de dépression sans délire, sont tout simplement les étapes d'un délire de persécution à base d'interprétations, délire momentanément assoupi par le séjour à l'asile et ne portant, au moment de l'examen, que sur des faits passés? Voici, en effet, un homme qui, malgré son attitude de neutralité bienveillante vis-à-vis de tous, devient le centre vers lequel converge la haine des francs-maçons de son département et du supérieur du grand séminaire, ayant sous ses ordres 400 séminaristes et 1.200 prêtres; qui veut faire interpeller au Sénat pour mettre un terme au boycottage dont il se croit victime. Tout cela ressemble beaucoup aux aventures imaginaires des paranoïaques, gens qui payent de méfiance et de mauvaise humeur réelles la prétendue hostilité ambiante, et sont, par suite, incapables de mener à bien une entreprise commerciale. Dès lors, les difficultés matérielles, au lieu de créer un choc moral qui détermine la folie, ne seraient que la conséquence d'une folie déjà ancienne.

D'autre part, le malade de P..., marié à une femme mal équilibrée et dépensière, mais qui semble n'avoir pas été entendue dans le débat clinique, est fils d'aveugle et peut-être petit-fils d'alcoolique. Il bégayait

dans l'enfance et réagissait par des émotions exagérées aux incidents habituels de l'existence. Les aliénistes (à tort peut-être) n'en demandent pas toujours autant pour admettre la prédisposition psychopathique.

LAGRIFFE. — **La nouvelle loi militaire et le personnel secondaire des asiles d'aliénés.** — L'article 69 de la loi du 21 mars 1905 réserve certains emplois civils aux sous-officiers et soldats ayant prolongé leur séjour sous les drapeaux. Le recrutement des surveillants et sous-surveillants des asiles d'aliénés pourrait être, partiellement au moins, effectué d'après ces dispositions légales. L'auteur fait à très juste titre remarquer les inconvénients que présenterait leur application pour les chefs de service, les infirmiers de carrière et surtout pour les malades.

Les médecins seraient obligés de subir le concours de surveillants qu'aucune éducation antérieure n'aurait accoutumés au contact des aliénés et qui les assisteraient fort mal, au grand détriment des pensionnaires. Les bons infirmiers, voyant diminuer leurs chances d'avancement dans des proportions notables, deviendraient de moins en moins nombreux.

Journal de psychologie normale et pathologique (3e année, 3, mai-juin 06).

G. R. D'ALLONNES. — **Le sentiment du mystère chez les aliénés.** — Beaucoup d'aliénés, appartenant aux catégories les plus disparates, croient vivre en plein mystère. Les matériaux de ce sentiment morbide sont les troubles physiologiques et hallucinatoires, les troubles de la connaissance du monde extérieur et la conscience vague de ces processus anormaux; le facteur actif en est la faculté de raisonnement conservé malgré le délire et qui permet au malade de créer, par interprétations, un monde absurde pour le commun des mortels.

L'auteur apporte, pour illustrer sa thèse, trois observations très détaillées, dans lesquelles il s'est efforcé d'indiquer la conception particulière à chaque malade, plus ou moins précise, plus ou moins définitive, d'un monde extérieur mystérieux et complexe.

A. MARIE ET VIOLLET — **L'envoûtement moderne.** — L'envoûtement est encore pratiqué à l'heure actuelle, et la croyance à son action efficace sert de thème au délire de certains prédisposés. Observations. Intéressants renseignements historiques et bibliographiques sur l'envoûtement ancien et moderne.

CL. CHARPENTIER. — **Quelques temps de réaction chez les aliénés.** — Le détail des graphiques publiés par l'auteur est intéressant à consulter; mais, comme Ch... le fait lui-même remarquer, les expériences ont porté sur un trop petit nombre de malades pour donner lieu à des conclusions.

Revue de médecine légale (13e année, n° 4, avril 1906).

RODIET ET PANSIER — **Les symptômes oculaires de la paralysie générale en médecine légale.** — Les auteurs attirent l'attention sur l'utilité de l'examen des yeux à la période médico-légale de la paralysie générale. La précocité des troubles oculaires doit être connue des experts.

R. et P. rapportent le résumé d'une observation médico-légale dans laquelle les experts diagnostiquèrent la paralysie générale au début, grâce à l'examen des yeux du prévenu. Ils rappellent en même temps les symptômes les plus caractéristiques des affections fréquemment observées en neuro-psycho-pathologie.

Journal de neurologie de Bruxelles
(11e année, n° 8, 25 avril 1906).

SOUKHANOFF ET PETROFF. — **Contribution à l'étude des troubles physiques particuliers dans l'état de stupeur.** — Les particularités de leur intéressante observation sur lesquelles les auteurs appellent l'attention sont les suivantes :

1° Apparition des deux accès de troubles mentaux dans les mêmes conditions d'emprisonnement cellulaire.

2° Au cours du deuxième accès, tentative très sérieuse de suicide par morsure des deux artères radiales, procédé rare d'automutilation.

3° Existence de troubles somatiques contemporains de la stupeur : ralentissement des mouvements respiratoires, diminution intermittente de l'intensité des pulsations qui devenaient parfois imperceptibles, œdème des membres inférieurs et desquamation de l'épiderme plantaire.

Ce dernier symptôme est à rapprocher du pseudo-œdème catatonique décrit par Dide et Trepsat, et les auteurs hésitent entre les diagnostics suivants : mélancolie, forme mélancolique de la confusion mentale récidivante et démence précoce.

Bulletin médical (20e année, n° 29, 14 avril 1906).

CHAVIGNY. — **Simulations de la crise d'épilepsie.** — La simulation de l'épilepsie se résume à celle de l'attaque, seul accident connu du public. Il n'est malheureusement pas un symptôme de la crise elle-même qui permette d'éliminer à coup sûr l'hypothèse d'une supercherie. Aussi, Ch... attache-t-il une grande importance à l'étude des phénomènes post-paroxystiques ou séquelles de la crise. Ces phénomènes sont surtout : la diminution des réflexes, la faiblesse musculaire entraînant le tremblement et parfois un léger degré de parésie, la lenteur de l'élocution, le nystagmus passager, la dysesthésie généralisée, la stupeur, certains troubles de la nutrition (amaigrissement, diarrhée ou albuminurie transitoire). Enfin, Pierret recommande l'examen des ongles, où la crise imprime sa trace sous forme de sillons transversaux, mais le sillon ne devient apparent à la base de la lunule que quinze jours environ après la crise.

Ces signes n'appartiennent évidemment pas à l'épilepsie simulée, et l'auteur préconise leur recherche dans tous les cas douteux.

(20e année, nos 32 et 33, 25 et 28 avril 1906).

RAYMOND. — **Sur un cas de polynévrite généralisée avec troubles mentaux.** — Leçon de la Salpétrière. Observation clinique d'un cas typique de psychose polynévritique, suivie de l'étude étiologique et pathogénique du syndrome.

(20e année, n° 36, 9 mai 1906).

J. COMBY. — **Fièvre hystérique chez l'enfant.** — Il s'agit d'une observation typique et qui démontre l'existence indiscutable de la fièvre hystérique, rare il est vrai. L'observation concerne une enfant de 13 ans, jumelle, délicate, ayant eu auparavant un accès de somnambulisme, et qui fut examinée par le Dr Bertelé, puis par l'auteur. Le thermomètre marqua jusque 45°. Dans les cas les plus nets de fièvre hystérique déjà publiés, COMBY a souvent noté des températures excessives, et minutieusement contrôlées bien entendu (ARRAGA (de Buenos-Ayres), 43° 7 ; BRITTON, 44°). Il recommande la suggestion et le drap mouillé, comme moyens thérapeutiques de choix.

Gazette des hôpitaux (10 avril 1906, 79e année, n° 42).

DEBOVE. — **Hystéro-traumatisme.** — Leçon clinique, concernant un

(Voir la suite après le Bulletin bibliographique mensuel).

ouvrier qui fit, en 1898, une chute d'une hauteur de 35 mètres, se fractura plusieurs côtes, mais put se relever et ne perdit connaissance qu'après avoir quelque peu marché. Depuis cet accident, le malade présenta de nombreux phénomènes moteurs, sensitifs et psychiques d'hystéro-traumatisme. Au point de vue psychique, l'auteur signale l'irritabilité et l'affaiblissement de la mémoire ; il insiste sur la difficulté qu'auraient eu des experts à évaluer la diminution professionnelle résultant de ces derniers troubles (leur importance et leur durée n'ayant pu être soupçonnées d'emblée), si l'accident n'était antérieur à l'application de la loi de 1898.

Revue de médecine (26e année, 4. 10 avril 1906).

FÉRÉ. — **L'angoisse au cours de la paralysie générale.** — Dans deux cas, l'auteur a vu des accès répétés d'angoisse s'atténuer et disparaître au fur et à mesure que s'installaient des phénomènes épileptoïdes (secousses musculaires et crises convulsives, avec perte de connaissance). N'y aurait-il pas une parenté entre ces deux ordres de troubles : angoisse et épilepsie ?

S. SOUKHANOFF. — **Les représentations obsédantes hallucinatoires et les hallucinations obsédantes.** — Après avoir analysé les travaux antérieurs concernant les représentations obsédantes hallucinatoires (Falret, Séglas, Pitres et Régis, P. Janet, Arnaud, Lœwenfeld), l'auteur propose les catégories suivantes :

1° *Représentations obsédantes hallucinatoires dans les formes pures et non compliquées de la constitution idéo-obsessive* (obsessions hallucinatoires de Séglas). Le phénomène hallucinatoire est secondaire à la représentation obsédante qui surgit primitivement.

2° *Hallucinations obsédantes.* Elles apparaissent d'emblée, en particulier, dans l'hystérie, sans avoir été précédées d'obsessions proprement dites. Elles ont plus de relief que les précédentes.

3° *Phénomènes obsédants hallucinatoires en rapport avec les associations obsédantes de contraste dans les états mélancoliques aigus.* L'état mélancolique rend manifeste une tendance constitutionnelle et latente à l'obsession. Ces obsessions s'accompagnent de phénomènes hallucinatoires dont le caractère de contraste avec le délire dépressif est particulièrement pénible au sujet (représentations visuelles obscènes, hallucinations psycho-motrices consistant en propos grossiers, injures, etc.).

Enfin, certains auteurs citent des cas combinés ou plus complexes d'obsessions hallucinatoires, suivies d'un état mélancolique très accusé.

ALBERTO SALMON. — **Sur l'origine du sommeil.** — Le sommeil serait fonction d'une sécrétion interne de la glande pituitaire. On observe de la somnolence dans un certain nombre d'états pathologiques caractérisés par l'hyperactivité de l'hypophyse (tumeurs pituitaires sans phénomènes dégénératifs, acromégalie au début ; hypertrophie pituitaire de la maladie du sommeil). Au contraire, l'insomnie accompagne les tumeurs dégénératives et les abcès de la pituitaire, la maladie de Basedow, l'inanition et la vieillesse (diminution des cellules chromophiles de l'hypophyse), les cas d'abaissement de la pression sanguine, l'intoxication par l'atropine (action inhibitoire sur les sécrétions). Ces considérations permettent de hasarder l'hypothèse que le sommeil physiologique lui-même est essentiellement dû à la sécrétion interne de la glande pituitaire. (*Résumé d'une communication faite par l'auteur au Congrès italien de médecine interne*, Gênes, 1905.)

JUQUELIER.

PÉRIODIQUES ETRANGERS

PÉRIODIQUES DE LANGUE ANGLAISE.

Journal of Mental-Pathology (vol. VII, n° 4, New-York).

LOUISE G. ROBINOVITCH. — **Electric sleep (le sommeil électrique).** — Etude expérimentale faite à l'aide d'un courant à basse tension.

L'auteur a étudié l'effet sur le lapin d'un courant de 5 1 2 volts et de 1,3 milliampères, avec 110 interruptions par seconde, la cathode étant placée sur le front et l'anode sur l'abdomen de l'animal.

L'application peut être brusque ou lente ; l'auteur préfère la seconde méthode.

La fermeture du courant s'accompagne de troubles moteurs et respiratoires (d'après l'auteur, l'opération est sans douleur, ce qui est peut-être contestable, ainsi que nous le verrons plus loin).

L'animal tombe sur le côté, présente des convulsions et cesse de respirer normalement ; mais bientôt la respiration se régularise et les troubles moteurs disparaissent dans les membres postérieurs, dès que le potentiel nécessaire est atteint.

A ce moment, la sensibilité générale et spéciale est abolie, les globes oculaires sont convulsés en dehors. Le réveil se fait dès que le courant est interrompu et ne s'accompagne d'aucun phénomène anormal. L'auteur a répété l'expérience jusqu'à 7 fois par jour sur le même animal, avec des applications durant de 20 minutes à une demi-heure. Dans un cas, la durée de l'application a été de 3 h. 10.

Nous disions plus haut que les affirmations de l'auteur, relativement à l'absence de douleur et de phénomènes généraux, sont contestables. En effet, Mme Robinovitch rapporte une expérience faite sur lui-même par le professeur Leduc et publiée dans son *Traité d'électricité médicale*, le 15 juillet 1903. Nous y relevons les points suivants :

Au début, sensation désagréable, rougeur de la face et contractions fibrillaires, puis inhibition du centre de langage (ce qui explique que l'animal ne crie pas dans l'expérience de Mme R..., fait qu'elle attribue à l'absence de la douleur), enfin inhibition complète des centres moteurs, *rendant impossible une réaction quelconque aux excitations même les plus douloureuses. Et cependant la conscience persiste, bien que très obnubilée.* L'impression la plus pénible éprouvée par M. Leduc était de constater la dissociation graduelle et la disparition successive de toutes les facultés. Le sujet se faisait l'effet d'être sous l'influence d'un cauchemar, avec impuissance d'appeler au secours ou de s'échapper.

L'expérience, en ce qui le concerne, ne fut pas poussée jusqu'à l'abolition complète de la conscience.

D'après le fait précédent, il ne semble pas, contrairement aux idées de l'auteur, que ce soit là un mode d'anesthésie à encourager.

COLIN.

American Journal of Insanity (LXII, n° 2).

SHEPHERD IVORY FRANZ ET G. V. HAMILTON. — **Les effets de l'exercice musculaire sur la dépression.** — Les auteurs ont étudié de façon très précise l'influence que pouvait avoir l'exercice musculaire même passif (produit par excitations électriques) sur les états de dépression, au Laboratoire de physiologie pathologique de l'hôpital Mac-Léan, à Waverley (Mass.).

Leurs expériences ont porté sur trois malades comparés dans les périodes successives, dans lesquelles ils les abandonnaient à eux-mêmes ou les soumettaient à un travail mécanique provoqué. Des

mesures de sensibilité à la douleur, de rapidité et de précision du mouvement, de vitesse de parole, de temps de réaction, de temps de discrimination, faites aux mêmes heures, ont prouvé que l'exercice « remontait » en quelque sorte les sujets, dont le travail mental était facilité et accéléré en particulier, pourvu qu'on n'arrivât pas à la fatigue, sans quoi on ne faisait qu'augmenter la dépression. Il faut donc déterminer, dans chaque cas, les limites du travail musculaire à effectuer.

The Psychological Bulletin (1906, vol. III, nos 1-4).

RAYMOND DODGE. — **Etudes récentes sur la corrélation des mouvements des yeux et des perceptions visuelles.** — Exposé des travaux effectués par M. *N. F. Deaborn*, à propos de la psychologie de la lecture, et, d'autre part, par les études du laboratoire de psychologie de *Yab University*, travaux expérimentaux bien que basés sur des méthodes différentes. Les uns et les autres ont procédé très heureusement à l'enregistrement photographique des mouvements des yeux. M. Deaborn a établi des relations intéressantes et suggestives entre les directions du regard et les durées de fixation des différents points pour la perception des mots et des phrases.

G. M. STRATTIN. — **Le caractère de la conscience.** — C'est la *connaissance* qui constitue, en quelque sorte, le caractère générique de la conscience, et ce mot de connaissance pourrait s'y substituer si l'on ne pouvait réserver le terme de conscience aux propriétes communes de tous les actes psychiques.

EDWARD FRANKLIN BUCHNER. — **Les progrès de la psychologie en 1905.** — Revue des principaux travaux. On rencontre les noms ds Baldwin, Wundt, Höffding, Flechsig, James, Cattell, Calkins, Thorndite, Fitchau, Hall, Ribet, Lipps et le livre de *Technique de Psychologie*, de Toulouse, Vaschide et Piéron

PIÉRON.

PÉRIODIQUES DE LANGUE ESPAGNOLE.

Archives de Psiquiatria y Criminologia
(an. IV. 1905, n° 6).

JOSÉ SERGI. — **Les illusions des phychologues.** — S... dénonce l'illusionnisme de ces deux concepts de *volonté* et de *conscience*, que les psychologues ont hérités de la métaphysique et qui ne représentent que des entités.

JOSÉ INGEGNIEROS. — **La physiologie du cervelet. Quelques points controversés.** — Résumé des travaux de Patrizi, à l'Institut physiologique de Modène.

FIRMIN RODRIGUEZ. — **Influence de l'alcoolisme sur le suicide à Buenos-Ayres.** — Il y a, à Buenos-Ayres, 6.638 cafés et cabarets, soit 1 pour 67 adultes des deux sexes. Aussi l'alcoolisme fait-il de nombreux ravages ; il est, là comme ailleurs, le refuge de la misère et de l'alimentation insuffisante.

VICTOR MERCANTE. — **Etudes sur la criminalité infantile.**

B. T. SOLARI ET F. D. FERNANDEZ. — **Démence vésanique excitable.** — Examen médico-légal concluant à l'incurabilité chez une aliénée de l'asile de Buenos-Ayres.

ELIAS SAGARNAGA. — **Un cas de fausse grossesse hystérique.**

PIÉRON.

NOUVELLES

Bibliothèque des services publics municipaux et départementaux. — *Directeur :* Paul Brousse, député, ancien président du Conseil municipal de Paris. *Secrétaire :* Dr H. Colin, médecin en chef de l'asile de Villejuif. (Dunod, éditeur, 49 quai des Grands Augustins).

Sous ce titre M. le Dr Brousse, et notre collaborateur le Dr Colin, ont eu l'idée de décrire le fonctionnement des grands services de la ville et du département et de mettre à la portée du public des éléments d'études, des renseignements que jusqu'à présent les élus et les spécialistes étaient seuls à connaître. Pour cela il était indispensable qu'au lieu de figurer à titre de chapitre dans un livre technique, rempli de détails et de formules arides, toujours incomplet bien que très volumineux et d'un prix nécessairement fort élevé, l'étude de chaque service fut exposée dans un volume spécial, d'un format commode, destiné aux lecteurs qui s'intéressent à telle ou telle question, et susceptible d'être tenu au courant des innovations qui se produisent de façon continue.

La collection comprendra 26 volumes in-8° d'environ 300 pages, se vendant séparément, et dont la liste est intéresssante à parcourir :

1. Paris. Histoire des hommes et des monuments. Le vieux Paris.
2. Organisation municipale et départementale de la Seine.
3. Fonctionnement des services municipaux et départementaux.
4. Agents et fonctionnaires.
5. Le personnel ouvrier.
6. L'Enseignement.
7. La Vie scientifique à Paris.
8. La Vie artistique et littéraire.
9. La médecine privée et publique.
10. Assistance et assistés. — Administration générale de l'assistance publique.
11. Assistance et assistés. — Les aliénés,
12. Assistance et assistés. — Les enfants assistés.
13. Assistance et assistés. — Assistance communale et départementale.
14. Les finances de Paris et du département.
15. Le Domaine.
16. La Maison.
17. L'Alimentation.
18. 19. Les Transports. 2 volumes (*sous presse*).
20. L'Eclairage (*paru*).
21. Eaux et égoûts.
22. La voie privée et la voie publique.
23. La Justice.
24. La Sécurité.
25. L'Armée à Paris.
26. Les Cultes.

Cette liste constitue une classification méthodique, mais n'indique pas l'ordre de publication des différents onvrages. Le premier volume paru, « l'Eclairage » est dû à la plume de M. Adrien Veber, député.

Nous ne saurions, dans cette Revue, donner une analyse même sommaire de cet ouvrage ; il n'en sera pas de même pour les qnatre volumes traitant de l'assistance publique et des assistés, pour les livres relatifs à la médecine privée et publique et à la vie scientifique à Paris.

A côté de députés et de conseillers municipaux, de chefs de service doués d'une compétence spéciale, MM. Brousse et Colin se sont assurés le concours de médecins, d'ingénieurs, d'avocats, collaborateurs de la ville et du département ; nous croyons savoir que le volume traitant de la vie scientifique aura pour auteur le Dr Toulouse, et que l'étude de

l'assistance des aliénés a été demandée à notre collaborateur le Dr Pactet.

Chacun des ouvrages devant comprendre non seulement la description de l'état actuel du service qui en fait l'objet mais aussi celle des diverses phases parcourues et enfin l'indication des améliorations qu'il conviendrait d'y apporter, il est certain, — pour nous en tenir à notre spécialité — qu'il y aura là matière à d'intéressants développements.

C'est donc avec confiance que nous signalons à nos lecteurs l'apparition de cette bibliothèque, appelée selon nous à jouer un rôle des plus utiles dans la création et la transformation des services publics.

J.

Les aliénés à Madagascar. — Dans le *Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique* (décembre 1905), M. A. Marie examinait récemment quelques aspects de la question des aliénés coloniaux et déplorait l'insuffisance de l'assistance des aliénés dans bon nombre de colonies européennes. Voici un fait, extrait du *Progrès médical* (7 avril 1906 p 221), et qui vient à l'appui des conclusions de M. Marie.

« Nous empruntons à une correspondance publiée par le *Matin* du 30 mars 1906 le passage suivant qui se passe de commentaires! « Il n'existe pas à Madagascar de service hospitalier pour les aliénés. Dès qu'un indigène est atteint d'aliénation mentale, vous ne devineriez jamais le traitement qui lui est infligé. On rive à ses deux chevilles deux anneaux de fer reliés entre eux par une forte chaîne de 1 m. 30 de longueur. Les poignets sont de même emprisonnés et .. on le lâche sur la voie publique.

La commisération publique s'en empare, l'héberge et le nourrit, tantôt chez l'un, tantôt chez l'autre, quand ce ne sont pas les enfants qui le harcèlent à coups de pierre !

J'en connais à Tananarive trois encore à ce jour soumis à ce traitement barbare. Et nous sommes au vingtième siècle, et nous sommes des civilisés ! »

Hypnotisme et Pédagogie. — Depuis longtemps on proposait de recourir à la suggestion hynoptique pour tâcher de changer l'état d'âme de certains enfants réfractaires aux bons sentiments.

C'est la ville de Denver (Colorado) qui a pris cette initiative. A l'avenir, les enfants internés dans les maisons de correction de Denver seront fréquemment hynoptisés, afin de leur inculquer, si possible, l'oubli ou la haine des anciennes pensées mauvaises qui les hantaient.

L'expérience sera continuée pendant un temps suffisant pour fixer sur la valeur du procédé. (*Bulletin général de Therapeutique*. 30 mars 1906. p. 436).

Une première consécration pratique du diplôme de l'Institut de Médecine légale et de Psychiatrie. — Au sujet de la nomination des experts, un décret du 10 avril 1906 dispose :

« Les propositions du tribunal et les désignations de la cour ne peuvent porter que sur les docteurs en médecine français, demeurant soit dans l'arrondissement du tribunal, soit dans le ressort de la cour d'appel. Ils doivent avoir au moins 5 ans d'exercice de la profession médicale, *ou être munis soit du diplôme de l'Université de Paris portant la mention « médecine légale et psychiatrie » soit d'un diplôme analogue créé par d'autres Universités, par application des dispositions de l'article 15 de décret du 21 juillet 1897 portant règlement pour les conseils des Universités.* »

L'absinthe interdite dans le canton de Zug (Suisse). — Le grand

[illegible] Zaleski [illegible] [illegible] de la [illegible] de la [illegible] de la Pologne paraît [illegible].

Deuxième Congrès Belge de Neurologie et de psychiatrie. — Ce Congrès aura lieu à Bruxelles les 27 et 28 août 1906 sous la présidence de M. le Stefanowska et de M. Carton.

Il comprend des autres [illegible] MM. [illegible] et [illegible] le [illegible] à [illegible] et [illegible]. M. le Stefanowska de Bruxelles.

Les [illegible] aux [illegible] : MM. Denoël et Bouchaert de Bruxelles.

Adresser les [illegible] et les titres des communications, à M. le Dr Massart, secrétaire général, directeur de la colonie de Lierneux.

Prix de la cotisation 10 fr. Les savants de toutes les nationalités sont admis à [illegible] cotisation est [illegible] d'une des deux langues française ou flamande.

XVIe Congrès international de Médecine. — Il a été décidé à Lisbonne que le XVIe Congrès international aura lieu en 1909 à Budapest.

Faculté de Médecine d'Heidelberg. — M. le Dr Karl Wilmans, est nommé privat docent de psychiatrie.

Université de Leipzig. — M. Heinrich Klein, a été nommé privat docent de neurologie à l'université de Leipzig.

Faculté de Médecine de Gœttingue. — M. le Dr K. F. Wendenburg, est nommé privat docent de neurologie et de psychiatrie.

Faculté de Médecine de Bologne. — M. le Dr S. Tonnini, est nommé professeur ordinaire de psychiatrie en remplacement de M. Roncati, démissionnaire.

Faculté de Médecine de Pise. — M. le Dr Arbace Piéri, est nommé privat docent de psychiatrie.

Nécrologie. — M. le Dr K. Fürstner, professeur de psychiatrie à la faculté de médecine de Strasbourg.

Personnel des asiles d'aliénés. — (Mouvement de Mai 1906). M. Biéry, directeur de l'asile d'aliénés de Saint Ylie, est promu à la 2e classe du cadre.

M. le Dr Journiac, médecin en chef de l'asile des aliénés de Marseille, est promu à la classe exceptionnelle du cadre.

M. le Dr Hamel, directeur médecin à Auxerre, promu à la 2e classe du cadre.

En conformité du décret du 14 août 1905, le traitement de M. le Dr Cornu, médecin adjoint de l'asile de Pau a été élevé par voie de régularisation de 2.500 fr. à 3.000 fr. à dater du 1er avril 1906.

Le gérant : A. Coueslant.

PARIS & CAHORS, IMPRIMERIE A. COUESLANT (25-VI-06)

REVUE CRITIQUE

EXAMEN DE QUELQUES QUESTIONS TOUCHANT A LA RESPONSABILITÉ

Par

TOULOUSE
Médecin en Chef

et

CRINON
Interne

de l'asile de Villejuif.

Entre l'aliéné incapable de tout discernement et l'homme d'aspect psychique normal, il y a place devant la justice pénale pour un grand nombre d'individus déséquilibrés, semi-lucides, malades qui semblent délirer temporairement ou partiellement. Sur ces individus le médecin aliéniste est journellement consulté. Il y répond comme il peut, d'après les traditions professionnelles d'expert. Mais la question mérite d'être envisagée par le psychologue et le pathologiste d'un point de vue plus large que du point de vue de la simple pratique médico-légale pour y aboutir par des voies plus sûres.

Pour bien poser cette question, qui est la plus délicate dans cet ordre de faits, il faut la prendre par sa base, qui est le problème de la responsabilité elle-même.

Cet article ne vise pas à donner une mise au point des diverses questions examinées — dont la bibliographie seule prendrait une place considérable — mais plutôt à présenter quelques idées, quelques critiques, et à tenter sur l'ensemble du problème une systématisation logique.

I

Il est peu de questions qui aient été plus discutées par les méthodes verbales que le problème du libre arbitre. Ce serait perdre son temps et cela sortirait de l'objet principal de ce travail que de s'attarder à critiquer ces vaines dialectiques.

La volonté n'est pas une force extérieure à l'individu [1], le dirigeant comme le mécanicien actionne un moteur au gré de son caprice. Elle n'est à tout moment que la résultante de ses tendances et de ses idées, clairement ou obscurément conscientes, lesquelles sont telles que l'éducation, le milieu les ont faites avec l'organisation propre du sujet. Donc tout acte est bien déterminé, mais dans le sens où tout fait l'est dans la nature, dans laquelle il ne semble pas qu'il y ait place pour une volonté capricieuse. Il y a toujours des antécédents psycho-physiolo-

[1] La plupart des opinions spiritualistes peuvent se ramener par le fond à la conception mystique de Saint-Thomas qui définissait le libre arbitre « ce qui permet aux hommes de choisir indifféremment entre le Bien et le Mal », Dieu ayant fait connaître à l'homme, en lui donnant une âme, ce qu'étaient le Bien et le Mal. (*Somme Théologique*, trad. Drioux, t. II, p. 97).

giques qui le provoquent et le conditionnent. Tout cela est évident pour un biologiste.

Mais ce qu'il y a de particulier dans l'être animé, et surtout chez l'homme, qui est le plus perfectionné, c'est que par un effort propre il peut prendre telles ou telles directions vers lesquelles il est sollicité. Il y a là une propriété spéciale de la fonction psychologique [1], qu'il faut placer à côté de cette autre, qui est la conscience du monde extérieur. Quelles sont les conditions psycho-physiologiques de cette propriété naturelle de l'esprit ? On peut les rechercher et même fournir dès maintenant des analyses et des explications intéressantes. Mais elle existe, c'est un fait d'observation ; et cela nous suffit pour l'instant.

Certes, les déterminations volitives sont inégales par le nombre et la valeur des éléments qui les ont provoquées. Il est des actes presque purement automatiques et réflexes, où la part de l'effort personnel est peu sensible. Mais il en est d'autres où le sujet ne s'est déterminé que sous l'influence de perceptions nombreuses — passées ou actuelles, — après une lutte, une élaboration de tous les éléments et dans une conscience claire de leur valeur. C'est par cela que l'on peut entendre que l'individu est psychologiquement libre. Il n'en reste pas moins que beaucoup de ces éléments lui ont été fournis par la première éducation [2], contre laquelle il n'a pu que faiblement réagir, par le milieu dont il subit insensiblement les lentes et fortes actions, par l'autorité de personnes considérables qui vivent autour de lui. Les circonstances expliquent ses actes et en ce sens ceux-ci sont toujours déterminés, c'est-à-dire expliqués, justifiés.

Mais le facteur principal qui coordonne ces circonstances, les fond et crée le fait nouveau de l'acte volontaire, c'est l'effort personnel de l'individu. En résumé, c'est de cette manière que l'homme est psychologiquement libre.

[1] Cette fonction ne se développe que lentement.

« Originellement, dit Griesinger, l'homme n'est pas libre, il ne l'est que lorsqu'il a une masse d'idées bien coordonnées, qui s'enchaînent facilement les unes aux autres et que ces idées viennent à constituer un noyau solide, le *moi*. » (*Traité des maladies mentales*).

[2] L'éducation peut donner aussi facilement de mauvaises habitudes que de bonnes.

« Quand l'homme fait des motifs moraux la règle de sa conduite, dit Griesinger, il relie l'ensemble des idées relatives à sa loi de moralité avec tout son entendement, de façon que, à chaque mouvement énergique de sa pensée, ces idées soient en même temps appelées dans la conscience. Elles forment ensuite une partie constituante, essentielle, du complexus d'idées de son *moi*, et quand un conflit se produit dans la conscience, non seulement ces idées arrivent immédiatement, mais encore, en général, elles exercent une certaine influence sur tout le contenu du *moi*.

« Chez le criminel, au contraire, les idées d'égoïsme et d'hostilité contre autrui se consolident peu à peu dans son esprit de telle façon qu'elles surgissent toujours facilement et il se forme ainsi dans son *moi* un fonds d'idées dont la majeure partie penchent toujours du mauvais côté ».

Griesinger. (*Traité des maladies mentales*).

Socialement la responsabilité devient une nécessité ; car on n'imagine pas — du moins dans les conditions historiques de la vie collective — comment les rapports entre les personnes pourraient être réglés, en vue du bien des individus, en dehors de ce postulat. En admettant même que l'on estimerait insuffisante la preuve psychologique que nous venons d'esquisser, il faudrait se soumettre à la doctrine sociale de la responsabilité, qui est coercitive [1]. Et le rôle des médecins serait — en partant de cette donnée impérative — d'adapter les pratiques sociales à la réalité biologique, de les dépouiller le plus possible de leurs éléments grossiers, faux et injustes. En pratique nous devons nous comporter judiciairement, pareillement nous devons établir des systèmes d'éducation, pareillement nous avons à nous entraîner personnellement à agir dans ce sens et à nous conformer à cette hypothèse — comme les physiciens adoptent la discipline d'autres hypothèses directrices, — afin qu'en droit et en fait tout se passe comme si nous étions libres.

***

Il suit de ce que nous avons dit que la responsabilité pénale exige certaines conditions psychologiques dont l'absence entraîne forcément l'irresponsabilité. Il est important que ces conditions soient précisées. Les avis ne sont guère partagés d'ailleurs sur ce point.

D'après Brained [2], le criterium de la responsabilité serait tout entier dans le discernement du bien et du mal, en ce qui concerne l'acte incriminé, et dans l'absence d'impulsion irrésistible poussant à l'acte.

Casper rapportait de même la responsabilité d'un individu à « sa possibilité psychologique de juger ses actions selon les dispositions de la loi. [3] »

Quand nous commettons un acte, nous avons du même coup la conscience des conséquences de cet acte et par là s'éclaire la notion que nous pouvons avoir de sa valeur morale. Sans doute ces déductions sont faites souvent assez rapidement pour que leur mode de succession nous échappe. Mais supposons que nous soyons obligés de vivre au sein d'une civilisation autre que la nôtre, force nous serait bien de faire effectuer à notre esprit ce travail appréciateur, sous peine de nous trouver en conflit avec les lois en vigueur.

[1] Là dessus tous sont d'accord. La responsabilité s'impose à nous « comme un axiome social » a dit Delasiauve.

« Un intérêt supérieur d'après Dally, force la société à nous demander compte de nos actes. » (*Annales médico psychologiques*, 1863).

[2] Brained. *The alienist and neurologist.* Avril 1904.)

[3] Casper. *Médecine légale*, (trad. Germer Baillière) t. Ier p. 257.

Il est des individus tout à fait incultivés, ou congénitalement anormaux (les criminels-nés de Lombroso) et d'autres, troublés dans le fonctionnement de leur esprit — idiots, déments, confus — qui sont incapables d'accomplir sainement cet effort psychique.

Comment, par exemple, un paralytique général à la période d'état pourrait-il rapprocher les faits de son expérience passée — puisque la plupart ont disparu, — les comparer, les apprécier — puisque le mécanisme du raisonnement est faussé — pour en tirer des déductions justes ?

« L'action réciproque, dit encore Griesinger, qui fait que les idées actuelles en éveillent d'autres opposées ou qui, en général, restreignent les premières, qui fait aussi que toutes les idées se produisent avec un degré moyen de force et de rapidité, de sorte que généralement il peut y avoir entre elles une lutte au sein de la conscience, que la pensée et la réflexion sont possibles, constitue l'état de réflexion. On voit facilement comment elle est une des conditions essentielles de toute liberté.

Or, il y a une foule d'états où cette réflexion est affaiblie ou complètement abolie. [1] »

On peut encore observer une absence complète de volonté, une aboulie qui donnera à la première idée venue la possibilité de régner en maîtresse sur toute l'activité psychique ; il est question, le plus souvent, d'idées fixes, impératives, incoercibles qui suscitent dans la sphère affective des réactions émotionnelles, anxieuses et angoissantes.

En de pareils cas, il ne saurait donc être question de responsabilité, car, comme l'a dit Locke en parlant de la réflexion[2], « lorsque quelque force vient à détruire cette puissance, il n'y a plus de liberté. »

Il est toute une classe de phénomènes qui ne se trouvent point au premier plan de notre conscience et qui, pour la plupart, semblent exister en dehors du *moi*, c'est-à-dire hors de cette association d'idées dont la synthèse est connue tout entière et constitue le *moi*. Ce sont les phénomènes subconscients. Vu leur caractère, ils n'entrent point comme termes de comparaison lors du travail de la réflexion. Ils s'accomplissent donc d'une façon automatique, réflexe. La volonté ne les a pas commandés puisque la conscience principale ne les a point connus.

Ces actes rentrent tous, ou presque tous, dans ces deux classes d'actes non volontaires dont parlent MM. Pitres et Régis : les actes instinctifs et les actes automatiques [3]. Les actes instinc-

[1] Griesinger, *loc. cit.*
[2] Locke, *Essai sur l'entendement humain*. Liv. II, Chap. XXI, § 10.
[3] Pitres et Régis, *Les obsessions et les impulsions* p. 294.

tifs sont « des mouvements spontanés organisés depuis longtemps dans l'espèce et héréditaires chez l'individu » ; les actes automatiques sont « le résultat des habitudes acquises chez l'individu et tendant à s'exécuter mécaniquement. » M. Grasset dirait que tous ces actes font partie du psychisme inférieur.

Legrand du Saulle avait déjà apprécié à leur juste valeur ces actes d'automatisme pour lesquels il réclamait l'irresponsabilité. « Il arrive, disait-il aux membres de la Société Médico-psychologique[1], qu'un acte s'accomplit sous le seul empire de la sensibilité, sans l'intervention de l'intelligence et de la volonté. On dit alors qu'il y a activité *instinctive* ou *fatale*. Lorsqu'une impétueuse provocation de la sensibilité n'a pas donné le temps à la raison d'éclairer l'acte produit, il y a activité *spontanée*; et quand c'est après un examen, une délibération intérieure, que l'exécution est survenue, l'activité est *réfléchie* :

La mesure de la culpabilité dépend de ces trois degrés et correspond à une échelle de pénalité. Dans l'activité instinctive ou fatale, il y a non imputabilité ; dans l'activité spontanée, imputabilité avec culpabilité moindre ; dans l'activité réfléchie, culpabilité entière. »

Le fou, dit Dubuisson[2], « substitue à la réalité qu'il méconnaît un milieu imaginaire au sein duquel il évolue comme s'il était dans le monde réel. Il sent et il raisonne tout comme un autre ; mais comme ses sensations, de même que les faits sur lesquels il raisonne, sont un produit de son imagination troublée, il est naturel qu'il aboutisse à des conclusions que tout autre que lui jugera extravagantes et qui pour lui cependant sont inattaquables ».

En résumé, on est responsable quand on satisfait à ces deux conditions :

1° Une conscience suffisante de l'acte et de ses conséquences.

2° Un effort volontaire suffisamment puissant et ordonné.

***

Le délit n'a pas à être défini ici. C'est une conception purement sociale, qui varie avec le temps et dans l'espace[3]. Il représente toute infraction aux usages établis par la tradition pour régler les rapports des individus sur les points les plus importants.

La peine a été justifiée d'une façon sentimentale ou d'une façon utilitariste, selon la manière dont on envisage le délit.

[1] Legrand du Saulle. *Annales Médico-psychologiques* 1863 p. 212.

[2] Dubuisson. *Archives d'Anthropologie criminelle*, 1904, p. 702.

[3] Pascal l'a dit bien avant notre époque :

« On ne voit presque rien de juste ou d'injuste, qui ne change de qualité au changement de climat. Trois degrés d'élévation au pôle renversent toute la jurisprudence. Un méridien décide de la vérité. Plaisante justice qu'une rivière ou une montagne bornent. Vérité en deça des Pyrénées, erreur au delà ! »

Tarde, dans sa *Philosophie pénale*, prétend que l'idée du crime « implique essentiellement, naturellement, celle d'un droit ou d'un devoir violé ». M. Durkheim dit que le crime froisse des sentiments qui, pour un même type social, se retrouvent dans toutes les consciences saines. Selon Colajanni, les actions punissables sont celles qui sont déterminées par des motifs individuels et anti-sociaux, qui troublent les conditions d'existence et offensent la moralité moyenne d'un peuple à un moment donné. Quant à M. Dubuisson il fonde la légitimité de la peine sur l'intimidation qui peut exercer une influence salutaire, même dans l'hypothèse déterministe.

De ces opinions, peu différentes en somme, il se dégage deux idées fondamentales. Les uns considèrent le délit plutôt comme « une atteinte portée aux sentiments moraux, à la probité, à la fierté, au sens moral, atteinte qui détermine de la part de la majorité des individus une réprobation » ; c'est l'idée sentimentale. Les autres le considèrent plutôt comme un « tort fait soit à l'individu en particulier, soit au corps social tout entier, comme une nuisance physique ou morale, comme un dommage » ; c'est l'idée utilitaire. La thèse de M. Dubuisson est aussi inspirée par cette idée utilitaire, puisqu'elle voit dans la peine l'effet intimidateur qui doit préserver le corps social contre de nouvelles atteintes.

Quant à la nature de la peine, elle se modifiera selon l'angle sous lequel on voudra bien considérer le délinquant. Aujourd'hui le criminel est avant tout et devant tous un être malfaisant qu'on ne songe qu'à éloigner du troupeau des humains, tout en lui infligeant un châtiment capable de faire impression. C'est donc une double préservation. On se préserve contre le criminel d'aujourd'hui qui serait susceptible d'en devenir un nouveau demain ; on se préserve également, par intimidation, contre les individus capables de devenir criminels dans l'avenir.

Pratiquement la méthode actuellement employée pour l'application des peines est une méthode de correction. Or, cette correction, de quel effet peut-elle être sur des faibles d'esprit ou des ignorants qui n'ont pas toujours suffisamment d'intelligence ou de sens moral pour comprendre l'exacte valeur de leur délit et qui sont condamnés parce qu'ils ne sont pas aliénés ?

La préservation serait beaucoup mieux réalisée si l'on considérait la peine comme devant être d'abord une mesure de traitement.

II

La responsabilité étant basée sur la lucidité de la conscience et la capacité de l'effort volontaire du sujet, lesquelles varient beaucoup des groupes normaux aux groupes anormaux, il suit

qu'elle doit varier parallèlement avec les conditions psychologiques.

La peine, qui est actuellement une correction, doit donc, pour satisfaire notre désir de justice, avoir la même graduation. Si l'individu est profondément diminué dans sa capacité mentale et peu corrigible, il est inutile de le faire souffrir.

Donc on demande au médecin de déclarer si la responsabilité de l'individu est complète, et dans quelle mesure. Quoi qu'on en ait dit, la question, pour tous les développements que nous avons donnés, nous paraît légitime.

Cependant plusieurs aliénistes, et notamment M. Ballet, soutiennent que le médecin ne doit pas répondre à la question ainsi posée, car la responsabilité est une chose philosophique (psychologique), et qu'il ne peut connaître que les choses pathologiques. D'après ces auteurs, l'expert ne devrait déclarer que ceci : tel individu est ou n'est pas malade.

Ce raisonnement est spécieux. Quand on fait appel dans ce cas à un aliéniste, c'est en tant que savant connaissant la psychologie ou présumé avoir sur cette science des notions suffisantes pour renseigner le juge au sujet du mécanisme mental des délinquants.

Si les médecins appelés se sentent incompétents sur cette question, leur réponse est loyale. Et en fait il est vrai que le problème de la responsabilité pénale est un problème d'ordre psychologique. Sans aller jusqu'à soutenir, avec Kant, que les criminels devraient être examinés par des philosophes, il semble de simple bon sens que le médecin aliéniste est choisi comme expert en sa qualité de psychologue. Il est vrai que ses connaissances sur le mécanisme mental sont le plus souvent incomplètes [1] et que, si la psychiatrie doit être le fondement de son éducation, elle ne constitue pas tout le savoir qui lui est nécessaire pour répondre complètement aux questions qu'on lui pose.

Mais la vérité c'est que l'on refuse de répondre à la question de responsabilité parce que l'on pense que la question de pathologie se superpose parfaitement à l'autre, et que, en répondant « maladie » au juge qui interroge sur le libre arbitre, l'aliéniste pourra toujours donner un renseignement satisfaisant pour le magistrat [2].

Or il n'est pas exact que la maladie se superpose à la responsa-

[1] Ainsi il est ignoré que des phénomènes peuvent être perçus sans connaissance et retenus par la mémoire. Voir P. Garnier, *Archives de neurologie*, janvier 1906.

[2] Le médecin, dit M. Vallon, ne fait pour ainsi dire que traduire en langage juridique une appréciation médicale. (Ballet. *Traité de Pathologie mentale*, p. 1468).

bilité. Un individu peut avoir une lésion du cerveau, entraînant des troubles du mouvement et de la sensibilité, ou même de processus mentaux assez compliqués, et il ne sera pas pour cela — même pour les partisans de l'opinion que nous discutons — irresponsable. Ainsi ils ne tiennent pas pour tels certains aphasiques.

La maladie peut exister sans entraîner l'irresponsabilité Bien plus, elle peut être absente et l'irresponsabilité être peu discutable. Voilà par exemple un individu, normal quant au fonctionnement de son appareil cérébral, mais sa culture mentale et morale a été si négligée que dans son esprit les faits capables d'éclairer ses délibérations sont tout-à-fait insuffisants, ses tendances sont si frustes et si mal éduquées que la capacité volontaire ne peut s'exercer, chez lui, dans les mêmes conditions que chez les autres hommes du même milieu et du même temps. C'est un ignorant moral, mais non un aliéné ni un malade ; sera-t-il déclaré responsable ? Non, si le médecin est équitable et voit plus loin que l'horizon de son métier [1]. Ceci montre que la maladie et la responsabilité ne marchent pas parallèlement. Ceci montre encore que l'expertise légale en cas de crime, dépasse la compétence stricte du médecin aliéniste et se trouve être, en fin de compte, du ressort de la psychologie, si l'on veut bien admettre que cette science — telle qu'on doit la concevoir — n'est complète que lorsqu'elle comprend la connaissance de la psychiatrie.

Nous pourrions enfin opposer que la pathologie mentale est encore bien incertaine dans ses limites et la caractérisation de ses espèces. Les mêmes individus — alcooliques ou érotiques — seront à Paris déclarés dégénérés et internés, qui seront, au contraire, dans une autre ville, tenus pour de simples délinquants et emprisonnés.

De partout nous sommes ramenés à la psychologie, c'est-à-dire à une conception plus directe et plus large du problème. Dans cette voie, on comprend qu'il faut étudier chaque cas — étiqueté ou non maladie, qu'il s'agisse d'un aliéné ou d'un nerveux, — dans toutes ses circonstances, et principalement dans le moment du délire, relever les conditions psychologiques et sociologiques et les faire servir à éclairer le problème. Les renseignements pathologiques restent capitaux, si l'on veut ; mais ils ne sont pas les seuls, et ils ne peuvent tenir lieu de tous les autres.

[1] Cette idée tend à s'imposer et se trouve exprimée de diverses manières. « Les criminels dit M. Morache n'ont été conduits au crime que sous la pression de circonstances sociales qui montrent bien plutôt l'état défectueux de la société que l'acte ne montre la perversité de son auteur ».

***

Une autre question très discutée est celle de la responsabilité atténuée. S'il est vrai que la frontière entre la folie et la raison est largement peuplée, on incline à admettre que les individus de cette zone puissent être placés dans une situation intermédiaire entre la pleine responsabilité et l'irresponsabilité absolue[1]. Jusque là tout le monde est à peu près d'accord. Mais lorsqu'il s'agit d'appliquer cette idée à certains cas, il se produit un conflit d'opinion qui porte principalement sur le point suivant : à un individu qui présente un trouble mental d'apparence limitée, est-il logique d'attribuer — ainsi que le voulait Legrand du Saulle — une responsabilité partielle, limitée à certains faits. « Le délire peut être très circonscrit, prétendait aussi Baillarger, et il n'empêche pas les facultés de s'exercer librement sur les autres sujets. »

Plusieurs aliénistes[2] ont protesté contre cette doctrine, et Falret notamment :

« Comment, dit-il, limiter exactement la sphère dans laquelle s'exerce le délire? Comment affirmer que tel acte accompli dans tel moment est totalement étranger aux conceptions délirantes de l'individu, tandis que tel autre acte, commis au même instant, doit être attribué à une impulsion maladive ? » Il conclut — et son opinion a été généralement adoptée — que lorsque le criminel a une maladie mentale confirmée, son irresponsabilité doit être totale, absolue[3].

Cette conception découle de l'idée ancienne de l'unité de l'âme[4] ; et à ce titre elle est discutable.

Mais restons sur le terrain clinique. Falret demande l'irresponsabilité de principe pour tout individu manifestant une aliénation mentale confirmée et admet une responsabilité atténuée pour les autres présentant certaines tares mentales. Là encore nous nous heurtons aux difficultés que présente la nosologie psychiatrique, quand on la prend comme limite, comme mesure des phénomènes psychologiques. Certaine obsession serait pour

[1] « Les passions violentes, dit Legrand du Saulle, emportent parfois l'esprit jusqu'à des résolutions extrêmes, mais elles n'impriment pas sur le cerveau une tache pathologique. Que dans des circonstances données, elles fassent fléchir la volonté, je l'accorde, mais la *responsabilité mentale n'est qu'affaiblie et non éteinte*. La peine est seulement atténuée. A une échelle de culpabilité correspond une échelle de pénalité. » (*Annales medico-psychologiques* 1863).

[2] « Comment admettre que l'esprit puisse être malade sur un point et sain sur un autre ? demandait Brierre de Boismont. »

[3] « Nous ne pouvons comprendre que l'on puisse scinder ainsi la personnalité humaine et déclarer, dans le même moment, un homme responsable de certains actes et irresponsables de certains autres. » (Falret).

[4] « En droit, disait Zacchias, ceux qui sont affectés de délire mélancolique doivent être comme tous les insensés privés de la gestion des affaires qui exigent l'intégrité de l'entendement, par le motif, que bien qu'ils ne déraisonnent d'abord que sur un point, ils sont sujets à délirer d'un instant à l'autre sur les choses dans lesquelles ils semblent se conduire avec prudence. »

une école une aliénation mentale confirmée et pour une autre école un simple déséquilibre [1].

La doctrine est critiquable dans sa partie principale. Elle dit, comme le rappelle M. Vallon, qu'il ne faut pas admettre pour les aliénés la responsabilité partielle, c'est-à-dire portant sur certains faits et non sur certains autres *dans le même moment*, — par exemple chez un persécuté ayant commis un crime hors de son délire — et qu'on peut l'admettre au contraire *dans des moments différents*, par exemple dans la période de rémission et de convalescence. Et M. Vallon indique qu'un épileptique peut être tenu pour pleinement responsable s'il a commis un acte réfléchi, en dehors de ses périodes morbides.

Or la différence entre ces deux systèmes n'est qu'apparente. D'après la doctrine de Falret, on doit se garder de déclarer qu'un délire de persécution, si limité soit-il, n'a pas été la cause d'un acte criminel, attendu qu'on ne peut pas affirmer que cet acte n'est pas rattaché au délire par des liens qu'on expliquera plus tard. Le même raisonnement vaut pour le cas de l'épileptique de M. Vallon, lequel en dehors de ses accès commet un crime. Car là aussi il est imprudent d'affirmer que cet acte n'est pas rattachable à la maladie nerveuse du sujet, ce que pourrait mettre en lumière une connaissance plus approfondie de la maladie et de l'individu. En fait, la responsabilité partielle dans le temps n'est ni plus ni moins fondée que la responsabilité partielle dans l'espace et peut s'y ramener.

Nous sommes amenés à conclure sur ce point qu'il n'est pas justifié de tracer ces règles et ces prohibitions si précises d'ordre étroitement psychiatrique, que l'état actuel de la science ne permet pas. C'est en considérant les faits d'un point de vue plus large — psychologique — que la responsabilité apparaît comme susceptible de diminution, dans tous les cas, pathologiques et même non pathologiques. C'est là sûrement et toujours une question d'espèce ; et l'observation méthodique et complète du sujet peut seule permettre de la caractériser nettement à ce point de vue, sans se soucier plus qu'il ne faut des objections de principe, qui n'ont qu'une valeur très relative et provisoire.

*
* *

Puisque la responsabilité est une question d'ordre psychologique, il faut, pour l'étudier chez un individu, examiner ce dernier convenablement [2] à ce point de vue. Il est clair que les mé-

[1] Ainsi M. Dupré, dans son excellente étude sur la *Mythomanie*, est amené à faire entrer dans les cadres nosologiques de la psychiatrie les menteurs d'habitude, dont le type est la célèbre Thérèse Humbert. Considérés du point de vue simplement psychologique, ces individus ont, dans le groupe des délinquants, une place plus rationnelle.

[2] Si nous avions de l'aliéné la même opinion que celle de Maine de Biran,

thodes habituelles d'observations psychiatriques sont insuffisantes[1], parce qu'elles sont superficielles, étroites et n'apportent aucun élément de mesure.

C'est la méthode expérimentale appliquée à une étude systématique des cas nouveaux et anormaux qui pourra seule apporter des éléments précis pour solutionner les divers problèmes : en quoi le sujet est-il différent des autres pour la lucidité et pour l'effort volontaire ? En quoi est-il éduquable ? Quel traitement lui convient ?

Nous avons exposé ailleurs le principe de ces méthodes[2] et nous n'y reviendrons pas ici. Il est bon de rappeler que, en Italie, les aliénistes tendent à faire usage de ces procédés dans l'examen médico-légal des délinquants. C'est ainsi, par exemple, que Tamburini a fait dans ce sens des recherches qui doivent être retenues.

III

Les prémisses que nous avons posées appellent une série de conclusions logiques.

En premier lieu, si l'examen d'un délinquant est affaire de psychologie comprise dans son sens large et non seulement de diagnostic médical, il est nécessaire que la préparation du médecin expert s'oriente du côté des laboratoires de psychologie, où l'on peut apprendre les méthodes d'exploration convenables et acquérir les connaissances générales nécessaires. Or il n'est pas besoin de signaler la lacune actuelle dans l'enseignement de la psychiatrie médico-légale où la clinique des malades — indispensable d'ailleurs — est la seule préparation.

Répétons-le encore une fois pour que cette vérité s'impose à l'attention de tous. Le diagnostic de la responsabilité est une affaire qui dépasse la psychiatrie. Celle-ci est nécessaire ; mais elle n'est pas suffisante. La psychologie, aidée de la psychiatrie, apportera peu à peu — si l'on travaille dans ce sens — des caractéristiques qui serviront à définir les défauts et les lacunes des délinquants.

En second lieu, il suit encore que tous les criminels doivent être considérés pareillement sans être, au préalable, classés

[1] L'examen psychologique détaillé que nous voulons préconiser ici ne serait pas nécessaire. Selon Maine de Biran, en effet, le fou n'est qu'un « automate qui cesse d'être homme en cessant d'être une personne libre, une machine alternativement tranquille ou furieuse, faible ou vigoureuse, délirante ou réglée, successivement imbécile, éclairée, stupide, bruyante, muette, léthargique, agissante, vivante, morte. »

[2] « Nous avons toujours été frappés, dit M. Morache, d'un naïf et douloureux étonnement en voyant des hommes qualifiés d'autorités scientifiques, oser se prononcer rapidement et, après un ou deux examens que nous ne voulons pas qualifier de superficiels, venir apporter ce témoignage : cette personne est absolument responsable, ou bien ne jouit que d'une responsabilité limitée. » (Bibliothèque de Psychologie expérimentale). — Toulouse, Vaschide, et Piéron. — *Technique de Psychologie expérimentale*

dans les catégories de vicieux et d'aliénés, puisque la caractéristique de l'irresponsabilité n'est pas une question de pathologie. Rien n'est plus artificiel que cette sélection, faite par les magistrats et qui, d'après leur formation propre et les conceptions ambiantes qui les dirigent, font à leur gré d'un inculpé un homme responsable par définition ou un suspect qui doit être confié à un aliéniste. Tout inculpé devrait donc être examiné par un expert. Cela a été demandé bien souvent, et notamment par nos collègues MM. Colin et Pactet. Mais notre proposition n'est pas adéquate à celle antérieurement formulée. Les aliénistes demandent, dans les Congrès et individuellement, que les détenus soient examinés médicalement, mais dans le seul but de rechercher parmi eux des aliénés. Notre proposition est plus large. Nous pensons qu'il faudrait examiner les inculpés pour savoir si — entrant ou non dans le cadre actuel de la nosologie psychiatrique — ils sont susceptibles d'un régime médico-psychologique.

Pour les mêmes considérations, nous inclinerions à admettre que tous les délinquants soient jugés, restant ainsi égaux devant toute la procédure. Car enfin c'est au juge, représentant la société, à disposer de la liberté physique et morale d'un délinquant, qu'il ne faut pas soumettre inutilement à un régime de traitement et pas davantage soustraire sans raison à des sanctions équitables. Le juge pourrait cependant toujours dispenser de la comparution certains délinquants dont l'état — certifié par le médecin — créerait à cela des inconvénients graves.

Il va de soi alors que les mêmes mesures doivent être appliquées aux délinquants. Tous devraient — au moins pendant un certain temps — être observés aux fins d'un traitement. Pour les délits graves, la seule sentence rationnelle est la sentence indéterminée, qui ne fixe aucun temps à la correction ou à l'isolement.

La prison devrait être un lieu d'hospitalisation[1], où des médecins-psychologues, spécialisés dans cette partie, s'efforceraient de traiter, de corriger les délinquants amendables, aliénés ou non. Il va de soi que les malades seraient hospitalisés dans des parties différentes.

Après un temps d'observation suffisant, la répartition des criminels serait décidée. Les incorrigibles simples — criminels d'habitude — pourraient être envoyés dans des lieux de tra-

[1] « J'admets, disait déjà Legrand du Saulle, que certains aliénés soient susceptibles de répondre, dans une mesure évidemment restreinte, de la moralité de leurs actes, ce n'est pas à la condition qu'après avoir encouru une peine plus ou moins légère, ces malades s'en aillent traîner en prison une vie misérable (*Annales médico-psychologiques*, 1863).

vail où on les assisterait, tout en les soumettant à une discipline appropriée. La société ne prendrait à leur égard que des mesures de simple préservation. Les corrigibles seraient suivis, traités avec soin et remis aussitôt que possible dans la société. Les aliénés seraient internés dans des asiles spéciaux.

Dans toutes ces opérations le médecin ne serait qu'un expert, et c'est au juge qu'il appartiendrait de sanctionner ses avis techniques.

***

Certes, ces idées sont encore loin d'être réalisées. Plusieurs cependant sont assez proches de certains desiderata formulés généralement pour qu'elles rencontrent peu d'opposition. Les autres — si l'on veut bien y réfléchir — ne sont que le développement des premières. Que l'on considère ces faits en dehors du préjugé professionnel et criminologique qui nous étreint, et l'on apercevra que les criminels simples et les criminels aliénés ne sont pas essentiellement différents. Les raisons de leur séparation sont au fond qu'il est habituel qu'on les examine ainsi à part. Et qui les classe ? C'est un magistrat forcément incompétent. La maladie, l'ignorance, l'éducation vicieuse sont les causes habituelles de leurs tares. Si nous voulons être rationnels et justes [1], examinons-les en dehors de nos classifications habituelles et laissons nous guider par des considérations de psychologie générale plutôt que par des doctrines psychiatriques. Accordons leur à tous les mêmes garanties et le même traitement. Et leur classement, qui est irrationnel, comme il est fait en ce moment au début de la procédure, deviendra logique quand il sera reporté à la fin.

[1] Le médecin a toujours cherché à s'interposer entre le juge et le coupable : « En thèse générale, dans les cas douteux, on doit faire pencher la balance du côté de la validité des actes, toutes les fois qu'il s'agit de questions civiles, tandis qu'on doit le faire pencher du côté de l'irresponsabilité lorsqu'il s'agit d'affaires criminelles. » (Jules FALRET, *Etat mental des épileptiques*).

FAITS ET OPINIONS

SUR QUELQUES CAS PARTICULIERS DE TROUBLE MENTAL A CARACTÈRE PARANOIDE ET MÉLANCOLIQUE

PAR SERGE SOUKHANOFF

(Privat-Docent de l'Université de Moscou. Clinique psychiatrique de l'Université).

Malgré les progrès réalisés dans la description clinique des maladies mentales, on rencontre encore parmi les états psychopathologiques des syndrômes dont la signification nosologique est mal définie parce qu'ils n'ont pas encore suffisamment attiré l'attention jusqu'ici. Tels sont les cas que je veux étudier, et dans lesquels l'élément essentiel est constitué par le syndrôme paranoïde, mais avec, suivant les circonstances, des particularités cliniques différentes. Il existe une catégorie de psychopathes, qui loin de s'adresser à l'aliéniste vont d'abord trouver le chirurgien ou le gynecologue. Le délire de certains de ces malades consiste dans le fait de croire à la présence d'un animal vivant dans leur organisme. Les uns sont sûrs d'avoir dans le ventre un ou plusieurs serpents ; ils racontent ordinairement avec beaucoup de détails comment un tel accident a pu leur arriver. D'autres s'imaginent donner asile à une ou plusieurs grenouilles : Tel malade explique comment profitant de son sommeil l'animal a pu s'introduire dans l'organisme en pénétrant par la bouche. Il invoque à l'appui de son délire une sensation spéciale éprouvée pendant qu'il s'était un jour endormi en plein air. Les sujets dont il est question conservent une conscience lucide, n'ont pas d'hallucinations auditives habituelles, mais aucune affirmation ne vaut contre le délire partiel dont ils sont possédés. Ils sont inquiets, consultent les médecins et trouvent dans chacune de leurs sensations, qu'ils analysent avec soin, la confirmation de leurs idées morbides. Un exemple très typique d'un syndrome psychopathologique de ce genre est cité par Korsakoff, (cours de Psychiatrie Moscou 1901, p. 189). Il s'agit d'un marchand ayant pu s'occuper régulièrement de ses affaires pendant des années, et chez qui surgit un jour l'idée délirante que des serpents s'étaient multipliés dans son corps.

Cette idée se manifesta après un état aigu marqué par toute une série d'interprétations (de persécution, d'empoisonnement, etc.). L'auteur pense que chez ce malade, les idées délirantes ont pu être entretenues par l'état anormal des organes abdominaux (obésité considérable, régime irrégulier) et par l'excitation des nerfs périphérique irradiant de la cicatrice d'une castration ; mais, il faut remarquer que cet exemple est cité par Korsakoff dans la partie générale de son cours de Psychiatrie et non dans la psychopathologie spéciale. D'après l'avis de Bekhtereff (*Revue Russe de Psychiatrie* 1900 — n° 5) le délire de possession par les reptiles se développerait le plus souvent sur un terrain hystérique. Ossipoff

(*Revue Russe de Psychiatrie* — 1905 nos 2 et 3) dans son récent travail consacré au même sujet, conclut d'une façon plus précise encore que le délire de possession par les reptiles, comme d'autres délires de possession, fait partie du groupe des psycho-neuroses hystériques. — Dupré et Lévi ont observé chez une débile présentant des symptômes de tabès et une lésion gastro intestinale un délire particulier qu'ils considèrent comme un délire hypochondriaque à forme de zoopathie interne. Mirallié[1] pense que, dans un certain nombre de cas, les délires de possession et de grossesse sont occasionnés par une entéro-colite muco-membraneuse ou une gastropathie préexistante, mais pour que ce délire se développe et évolue, il faut un terrain spécial.

Au moment d'exposer mon avis sur la question je dois avant tout attirer l'attention sur le détail suivant : le terme « *délire de possession par les reptiles* » ne désigne qu'imparfaitement tous les cas identiques à ceux signalés ci-dessus, mais où les reptiles ne figurent pas spécialement dans les représentations délirantes des malades (ce qui a lieu dans les observations de ce travail).

Observ. I — La malade P. L..., âgée de 50 ans, mariée, paysanne, s'adresse à la consultation externe de la clinique psychiatrique de Moscou le 25 avril 1905.

Elle se plaint qu'au mois de février de la même année une blatte est entrée dans son oreille lorsqu'elle a passé la nuit dans la maison de ses parents où il y a beaucoup de blattes. Quelque temps après, elle sent que les blattes commencent à se multiplier en elle, et elle pense bientôt qu'il y a une grande quantité de ces insectes dans son corps. La malade décrit d'une manière très vive et très démonstrative les sensations liées à la présence imaginaire des blattes dans sa peau. Elle est sûre que les blattes s'assemblent en un point, puis circulent d'une place à l'autre et ne lui laissent pas de repos ; tantôt elles s'approchent de sa tête, tantôt elles apparaissent sous la peau des extrémités, d'autres fois elles envahissent le cœur ou s'élèvent vers le gosier et menacent de l'étouffer.

La malade est tout à fait persuadée de ce qu'elle raconte, bien qu'elle n'ait jamais vu ses hôtes, mais elle sent si bien leur présence qu'elle n'admet pas un instant la pensée d'un phénomène morbide. Elle est inquiète de son sort. Sa santé va devenir plus mauvaise encore, et les blattes la feront mourir, elles entreront dans ses yeux et lui feront perdre la vue. La malade continue à travailler, mais elle ne peut plus s'occuper d'affaires comme elle le faisait auparavant. Les pensées concernant les blattes l'en empêchent. Souvent son état émotif est mauvais, parfois même elle ressent de l'angoisse : « Je n'ai plus de patience, la vie m'est à charge », ajoute la malade.

Elle s'est adressée aux médecins de campagne, on a examiné son oreille, et tous les médecins ont affirmé qu'il n'y avait nulle part de traces de la présence des blattes, mais elle n'en a rien cru. En s'entretenant avec le médecin, elle parle très volontiers de blattes qui la possèdent.

Les autres questions l'intéressent peu.

Elle profite d'un temps d'arrêt dans la conversation pour exposer ce

[1] Mirallié. — *Dél. de possession par les reptiles et D. de grossesse, avec entéro-colite muco-membraneuse* (XIVe Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française 1904).

que font actuellement les blattes. Parfois elle ôte vivement sa chaussure et montre sur son pied l'endroit « où *elles* sont », puis celui « où *elles* rampent. » Lorsqu'on lui dit qu'il n'y a point de blattes sous sa peau et qu'il ne peut y en avoir, la malade reste incrédule et affirme avec insistance qu'elle ne peut se tromper : elle sent d'une manière très nette les mouvements des blattes et leurs déplacements d'un endroit de son corps à l'autre.

Il s'agit en somme d'un *délire de possession par les blattes* très accusé, mais d'un trouble partiel, car la malade a conservé une conscience lucide et son état émotif dépend intimement de ses idées délirantes ; il faut reconnaître ici la présence du syndrome paranoïde, d'une forme particulière de la paranoïa. Bektereff et Ossipoff considèrent leurs cas de délire de possession par les reptiles comme des affections hystériques. L'observation que je viens de citer est, je le pense, analogue à celles des auteurs sus-nommés. la différence consiste seulement dans le fait qu'au lieu de reptiles, il s'agit de blattes. Ossipoff surtout, attribue une grande importance au caractère des idées délirantes, et se basant sur cela seul, croit devoir considérer le cas de cette sorte comme de nature hystérique ; il compte même comme ayant peu de signification l'absence des stigmates. Je suis d'un avis différent. Outre les symptômes hystériques purs, essentiels, liés à une organisation neuropsychique particulière, la constitution hystérique, existent des phénomènes hystériformes symptômatiques, accompagnant bien des affections mentales, surtout chez les femmes. Le *syndrôme hystériforme* peut exister dans la démence juvénile, la psychose circulaire, dans la paranoïa chronique et en un mot, dans les psychoses les plus diverses sans exclure même la paralysie générale. *Le syndrôme hystériforme* est aux phènomènes hystériques essentiels ce que l'état mélancolique est à la mélancolie, l'état maniaque à la manie, les idées obsédantes symptômatiques à la constitution idéo-obsessive.

A quelle forme de paranoïa faut-il rapporter les cas semblables à celui que je viens de citer ? Nous avons vu qu'il n'y avait point d'hallucinations auditives chez notre malade ; elle ne manifestait pas d'idées délirantes de persécution se rapportant à quelqu'un de son entourage ; elle n'avait pas non plus de délire extraspectif. (Vurpas).

Le délire, dans mon observation, se caractérise par l'uniformité, est nettement limité, et se présente comme l'une des monomanies des anciens auteurs.

Un tel délire uniforme s'observe parfois dans les formes raisonnantes de la paranoïa (délire d'invention, délire érotique). En disant que le délire dans ces cas est l'expression de la lésion partielle de l'activité mentale, il est indispensable d'ajouter que la manifestation de telles conceptions délirantes n'est possible qu'à la faveur d'un terrain spécial, ces conceptions n'apparaissent qu'à la condition de particularités congénitales du caractère. Si même on ne peut pas donner la preuve de l'existence de l'affaiblissement de l'intellect, on peut facilement s'assurer que dans les formes rai-

sonnantes de la paranoïa existe souvent un certain degré d'insuffisance psychique, un rétrécissement de l'horizon mental.

Dans le cas que je viens de décrire, il n'y avait pas semble t-il d'hallucinations auditives ; mais on pouvait noter chez la malade toute une série de phénomènes subjectifs du côté de la sensibilité générale ; en effet, elle éprouvait des sensations particulières qu'elle localisait dans la région sous cutanée, dans la région de certains organes internes (par exemple le cœur). C'est à se demander si l'on doit considérer ces sensations comme des hallucinations vraies. Il vaut mieux croire que les images délirantes étaient en rapport avec les sensations venues des organes, sensations existant aussi chez les individus sains, mais que ces derniers ne remarquent presque pas. Sans doute, on peut encore constater dans le cas en question ce qui se nomme une *allégorisation des sensations*, et ce qu'il faut rapporter à l'élément hypochondriaque.

***

Dans certains cas, le délire lié aux représentations de l'existence dans l'organisme d'un être vivant quelconque, s'accompagne d'idées définies de persécution.

Observ. II. — Par exemple, je me souviens d'une malade qui se présenta à la salle de consultation externe de la clinique psychiatrique de Moscou, se plaignant que dans son ventre se trouvaient des chiens. Cette malade, femme d'âge moyen, présentait le syndrôme très accentué du délire de possession par les chiens ; sans aucune fausse honte, mais avec beaucoup d'émotion, elle racontait qu'un patron chez lequel elle servait, laissa son chien l'approcher, pendant son sommeil ; à la suite de quoi elle devint enceinte, et les chiens se multiplièrent en grande quantité dans son ventre : Elle ne doute pas de la présence de ces chiens. Elle s'irrite lorsqu'on la tranquilise et s'agite encore davantage en pensant que les nouveaux médecins sont aussi peut-être complices de l'auteur de son malheur. La malade demande et même exige qu'on examine son ventre, qu'on le palpe ; elle définit elle-même l'endroit où se trouvent les chiens ; elle assure qu'elle sent leur présence indubitable sous sa main. Elle ne veut même pas admettre la pensée qu'elle est malade, que toutes ses craintes et ses émotions sont des erreurs et le fruit de son imagination morbide. Elle est tellement inquiète à propos de son état qu'elle est disposée à s'ouvrir le ventre.

Il est difficile de dire à quelle catégorie de maladie mentale il faut rapporter cette observation. La malade s'adressa à la clinique pour obtenir un certificat constatant l'existence de chiens dans son abdomen, on ne pouvait guère l'interroger et elle se troublait encore plus lorsqu'il lui semblait qu'on pouvait la prendre pour une aliénée. Le délire de possession par les chiens est ici au premier plan du tableau clinique. Pourtant la conservation de la lucidité de la conscience, l'absence d'état mélancolique primaire et d'idées d'auto accusation permettent de penser qu'il s'agit ici de l'une des formes de la paranoïa chronique ; en favenr de cette hypothèse, la circonstance que la malade manifestait aussi des idées définies de persécution, doit être retenue.

***

[illegible]

Observation II. — La malade a [illegible] ans. Elle se présente à nous [illegible] consultation [illegible] de la [illegible] de Moscou, à l'occasion [illegible] La malade est une paysanne veuve. Elle vit [illegible] en notre [illegible] pendant ses [illegible] chez son fils et son père. Ordinairement la malade demeurait toujours à [illegible] et [illegible] le ménage elle-même sur [illegible] les [illegible]. Elle n'est jamais [illegible] à [illegible]. Jusqu'à ses dents [illegible] la cuisine [illegible] la malade était une femme d'un caractère [illegible]. Il s'écoulait peu [illegible] depuis longtemps [illegible] à [illegible] le départ de son fils pour [illegible] et le mariage de sa fille, elle avait [illegible] quelques années [illegible] à [illegible] elle revint à sa [illegible] et qu'elle [illegible]

[illegible] commencement de novembre [illegible], elle revenait chez elle du village [illegible] à [illegible] la distance entre les deux villages est de [illegible] verstes. Comme elle passait sur le [illegible] sur une route peu [illegible] et [illegible] les [illegible], un homme inconnu l'accosta, tombe sur elle et la [illegible] revenue à la maison, elle eut l'idée [illegible] à la cuisine, mais elle ressentit un mal au ventre et se demanda si elle n'était pas déjà enceinte. Depuis lors, après son [illegible] à la cuisine, elle ne cessa de se plaindre de douleurs dans le ventre et [illegible] elle ne ressentit les mouvements du fœtus [illegible] que l'enfant remuait, mais qu'il était en morceaux [illegible] de ses [illegible]. C'est alors qu'apparut l'angoisse. La malade [illegible] ses affaires, [illegible] ses pensées étaient toujours fixées sur les douleurs qu'elle ressentait dans le ventre, dans la partie [illegible] de l'aine et dans les reins avoisinants ; elle s'adressa au médecin de la campagne et à la sage-femme, mais ces derniers ne trouvèrent rien de pathologique du côté des organes génitaux.

La malade se plaignait d'avoir des convulsions dans les extrémités, des vertiges et rapportait tout cela à son état de grossesse. Elle se tourmentait à l'idée de ce qu'elle devrait faire lorsqu'on s'apercevrait de quelque chose. Elle ne savait que devenir et disait ne plus vouloir vivre tant son angoisse était forte, que sa patience était à bout, elle songea à se tuer plutôt que de souffrir plus longtemps : elle ne pouvait ni boire ni manger tranquillement car après cela elle devenait comme gonflée.

Au moment de l'examen, la malade se plaint de douleurs abdominales, elle sent que quelque chose s'agite en elle, remue, elle sent comme une flamme qui la brûle, que quelque chose la coupe et la pique dans le ventre. Elle est sûre que si elle boit, tout de suite elle deviendra toute gonflée. Elle ne peut plus, dit-elle, souffrir de telles tortures, elle ne peut plus travailler. Elle pense qu'il faudrait lui faire une opération que dans son intérieur, se trouvent les morceaux du squelette d'un enfant. Il lui semble que ses côtes se retournent, que son côté droit est enflé ; elle éprouve aussi des douleurs au bas de l'abdomen. Elle croit que parfois il y a un tel bruit dans son estomac, que, même les personnes qui l'entourent peuvent entendre ; rien ne peut la sauver qu'une opération qu'elle réclame instamment. Elle se sent comme liée

et cela l'empêche de s'occuper de ses affaires. Pendant l'entretien elle s'agite, pleure, prie de ne pas faire périr son âme. Elle raconte d'une manière très détaillée comment son malheur lui est arrivé, comment on l'a violée, et la frayeur qui s'en suivit ; c'est depuis qu'elle est malade, auparavant elle se portait bien, et n'éprouvait jamais d'angoisse.

Au sujet de cette dernière observation, je me permettrai d'attirer l'attention surtout sur ce fait que *le délire de grossesse anormale et de longue durée* a ici une certaine ressemblance avec le *délire de possession par les blattes* et le *délire de possession par les chiens* des deux faits précédents ; mais là, le syndrome délirant sert d'expression, du moins dans le premier cas, à la forme raisonnante de la paranoïa, et ici il se combine avec l'état mélancolique très accentué, qui nous fait pencher vers l'hypothèse, que dans cette observation, nous avons à faire à la forme anxieuse de la mélancolie.

Parfois dans l'état mélancolique de ce genre se manifeste un symptôme particulier, n'ayant pas de ressemblance apparente avec celui qui est observé dans le cas III (délire de grossesse anormale et de longue durée), mais qui pourtant a une signification analogue, voici par exemple un cas du même genre que j'ai actuellement en vue :

Observ. IV. — Il s'agit d'une malade, d'âge moyen, femme de la campagne, habitant un des gouvernements près du Volga. Après un coup accidentel qu'elle reçut à la lèvre supérieure, se développa chez elle un trouble mental caractérisé par de l'angoisse avec des sensations très pénibles dans la région de l'endroit blessé. Il faut dire que la lèvre de cette malade était fendue au point de nécessiter une intervention chirurgicale (d'ailleurs favorable). Mais la malade commença à se plaindre constamment qu'elle éprouvait des sensations désagréables, à l'endroit où était la blessure et où l'opération avait été faite. Elle sentait une gêne dans la région blessée, n'avait plus de repos, quelque chose la tiraillait et l'inquiétait constamment. Ses pensées étaient toujours fixées sur l'endroit blessé ; elle devint très tourmentée par ces souffrances bien qu'il n'y ait pas eu de phénomènes névralgiques définis. Elle s'adresse aux médecins les priant de lui faire une nouvelle opération, de la secourir, elle s'agite, s'inquiète, parle beaucoup de sa maladie locale, s'occupe toujours de cette dernière. Un tel état dure depuis bien des mois. Enfin, la malade décide de se rendre dans une ville pour se soumettre de nouveau à une opération. Elle supplie tant, elle décrit si vivement ses tortures, liées aux sensations désagréables de la lèvre blessée, qu'on cède à sa prière et une opération est pratiquée sur l'une des branches du nerf trijumeau située au-dessus de la blessure.

Mais cette opération n'améliora pas l'état psychique de la malade qui s'agita encore davantage ; elle pleurait plus souvent et se désespérait encore plus, disant que bientôt elle mourrait de cette lèvre.

La malade fixa de plus en plus son attention sur les sensations désagréables de cette lèvre, parfois son angoisse atteignait à un tel degré qu'elle manifestait des idées de suicide. (Elle fit même quelques tentatives pour mettre fin à des tourments, dont elle ne voyait pas l'issue). Elle était au désespoir à la pensée de vivre à l'avenir avec cette lèvre qui ne lui laissait aucun repos.

Les deux dernières observations doivent être considérées comme des cas de mélancolie anxieuse où l'état d'angoisse est associé à diverses sensations douloureuses et pénibles pour les malades dans une région déterminée. Il est intéressant de noter que le trouble mental s'est manifesté sous une forme si particulière chez l'une et l'autre malade après une secousse morale ; il n'est guère possible d'admettre que la seule lésion physique de la lèvre (obser. IV) ait pu provoquer une affection psychique sans la participation d'un élément émotionnel. On ne peut même pas réfuter que l'apparition des sensations bizarres avec localisations définies se trouve en connexion intime avec l'organe (ou une partie de ce dernier) sur lequel se sont concentrées les pensée de la malade au moment de sa frayeur. On n'a pas constaté d'idées démonomaniaques chez les deux dernières malades. Les idées de démonomanie, comme les observations le démontrent, se rencontrent dans diverses formes morbides; elles peuvent exister dans les psychoses hystériques, dans la paranoïa chronique, dans le délire alcoolique, etc., et aussi dans la mélancolie. Dans cette dernière affection, elles peuvent quelquefois se manifester d'une manière très marquée, atteignant à la représentation délirante de possession par quelque être vivant, surnaturel ayant l''aspect d'un animal monstrueux. De même que les idées de possession par les démons ne sont que l'un des symptômes de diverses affections mentales, les représentations délirantes de la possession par des animaux (serpents, grenouilles, blattes, etc.,) peuvent s'observer dans différentes psychoses (troubles hystériques, paranoïa chronique etc.,) c'est-à-dire qu'on ne peut par un seul symptôme se représenter sans erreur, tout un tableau de la maladie dans laquelle intervient ce phénomène. Le délire de possession dans sa forme concrète peut s'observer dans les psychoses hystériques et dans la paranoïa. Je pourrai citer un cas de mélancolie concernant une malade d'âge moyen, qui séjourna pendant un temps très long à la clinique Psychiatrique de Moscou, et qui, quelques années après le début de sa maladie, déclara qu'un monstre s'était emparé d'elle, elle le nommait « dragon » racontait qu'il était fixé dans son organisme, qu'il comprimait son cerveau son cœur et ses entrailles, et provoquait de vives douleurs ; ce monstre lui causait aussi des sensations désagréables et des douleurs avec ses pattes. La malade décrivait d'une manière assez détaillée les faits et gestes du dragon qui avait élu domicile dans son corps.

***

Les observations cliniques en général et les cas qui viennent d'être cités, qu'il s'agisse de paranoïa ou de mélancolie, me suggèrent les conclusions suivantes : 1° La signification symptomatologique du délire de possession par les animaux (serpents, grenouilles, blattes, etc.,) dans sa forme pure, semble le plus souvent en rapport avec la paranoïa raisonnante (chronique) ; le délire de possession par le démon est plutôt en rapport avec un état mélancolique grave ou avec des troubles particuliers, peut-être hystériques.

2° Assez souvent, on peut rencontrer des cas de psychoses à caractère paranoïde où s'observe, de pair avec des idées délirantes variables et des hallucinations du côté des différents organes des sens, un délire très accusé de possession par quelque animal (délire de zoopathie interne) à la représentation duquel (ordinairement chez les femmes) les malades associent l'idées des démons.

3° Les idées absurdes de possession par quelque animal ou par le démon, s'observent parfois dans différents états de démence par exemple dans la démence primaire des adultes, dans la paralysie générale.

4° Dans certains cas avec tableau morbide complexe, le délire de possession par un animal quelconque, (délire de zoopathie interne) où le délire de possession par le démon se combine avec le délire de transformation en quelque animal défini ou en un démon.

5° Dans certains cas de melancolie, l'état émotif d'angoisse s'allie d'une manière très intime avec des sensations pénibles et douloureuses localisées dans une région qui fut le siège d'un traumatisme physique au moment du traumatisme moral, cause occasionnelle de l'angoisse.

LES CONGRÈS

LE XIV° CONGRÈS ANNUEL DE L'AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (*Cambridge, Massachussets. Décembre 1905*)

Au Congrès qui s'est tenu à Harvard University, à Cambridge (Massachussetts), les 27, 28 et 29 décembre 1905, le bureau suivant de l'Association psychologique américaine a été élu pour 1906 :

Président : M. James Rowland Angell, professeur à l'Université de Chicago.

Membres du Conseil pour 3 ans : Miss Mary Whiton Calkins, professeur au Collège Wellesley, et M. C. E. Seaskore, professeur à l'Université d'Iowa. En outre, 21 membres ont été élus, parmi lesquels on cite les noms du professeur Bird Thomas Baldwin, sir D. Carleton Bell, des professeurs Kate Gordon, Charles Hugher Johnston, Edmund B. Huey, H. Campbell Stevens, Herbert Stotesbury. Henry A. Ruger, des Drs Morton Prince, James J. Putnam, E. H. Rowland et des Miss Margaret S. Pritchard.

Voici un résumé des communications les plus importantes :

Mary Whiton Calkins. *Une réconciliation de la psychologie structurale et fonctionnelle.* — L'Etude scientifique de la conscienee implique deux procédés essentiels : 1° l'analyse des phénomènes de conscience en leurs éléments constitutifs, sensoriel, affectif, etc., et c'est la psychologie structurale ; 2° la classification des relations de chaque conscience avec les autres et avec les objets, c'est-à-dire avec le milieu, et c'est la psychologie fonctionnelle.

Georges V. N. Dearborn. *Les relations de l'activité musculaire avec les processus mentaux.* — Le tissu musculaire a son unité autonome, et c'est dans les propriétés du muscle que l'auteur voit le moyen de rétablir la corrélation psychologique qui fait défaut dans l'écorce cérébrale.

IRVING KING. *Peut-on bien concevoir les relations du conscient et du subconscient ?* — Critique de la conception de la conscience basée sur une analogie avec le champ visuel. Il n'y a pas de subconscient, mais seulement des processus nerveux susceptibles d'entrer en corrélation avec le point de la conscience personnelle.

ROBERT M. YERKES. *Les sens et l'intelligence des souris dansantes du Japon.* — Communication accompagnée de démonstrations.

J. P. PORTER. *Etude nouvelle sur les moineaux anglais et autres oiseaux.* — Expériences sur divers passereaux et deux pigeons qui ont montré l'excellence de la mémoire. Le pigeon est timide et facilement distrait ; il possède une vue perçante.

J. P. PORTER. *Les mœurs et instincts des araignées des genres Argiope et Epeira.* — Etude de cinq espèces d'*Epeira* et de deux espèces d'*Argiope*. Nombreuses différences observées. L'instinct de faire le mort n'est pas un état cataleptique. Les araignées auraient, comme les animaux supérieurs, de la crainte, du courage, de l'attachement pour leur toile, leur nid, leurs cocons et leurs petits. Les femelles font preuve d'attention et de contrôle volontaire. Il y a probabilité, en outre des instincts, pour l'existence d'un contrôle intelligent.

WM HARPER DAVIS. — *Variations dans les nids des araignées, avec des données sur la mesure de la variabilité de l'instinct.* — Etude d'une série de 222 nids présentant des différences individuelles marquées et même des anomalies. Il y a adaptation à des conditions de milieu inhabituelles. On peut concevoir, des lors, une mesure de la variabilité de l'instinct.

WILLIAM MORTON WHEELER. *La reine des fourmis. Etude psychologique.*

EDWARD COWLES. *L'Expérience de la conscience et le groupe somatique sensoriel.* — Il y a un groupe physique de sens, pour la vie de relation, mais entre les données qu'il fournit et la vie des centres psychiques, il y a un groupe sensoriel somatique de la vie interne, qui nous fournit la conscience de notre corps, groupe le plus intéressant pour la psychiatrie.

BORIS SIDIS. *La nature des hallucinations hypnotiques et post-hypnotiques.* — Les pseudo hallucinations ne sont que des illusions.

MORTON PRINCE. *La psychologie de la conversion soudaine.* — Etude de diverses formes de conversion dont beaucoup représentent des crises hypnoïdes telles que l'extase en fournit des exemples.

HENRY RUTGERS MARSHALL. *La définition du sentiment.* — Le mot « feeling » désigne généralement les sensations organiques, l'émotion, le plaisir et la douleur, et l'expérience qui aboutit à une opinion. Le sentiment, au sens propre, n'est qu'un vague état mental.

M. H. N. GARDINER, qui étudie la même question, définit le « feeling » une conscience immédiate d'une modification de l'expérience individuelle en tant que telle ; M. J. R. ANGELL signale l'arbitraire inévitable d'une définition du sentiment ; M. G. M. DUNCAN préfère le terme d'« affection », de psychose affective au terme de « feeling » ; M. STANLEY-HALL, qui a relevé un grand nombre de définitions, déclare qu'on pourrait confesser son ignorance. M. JUDD fait du sentiment une attitude mentale. Miss WASHBURN ferait de la douleur une sensation plutôt qu'un sentiment.

W. H. BURNHAM. *Attention et intérêt.* — L'intérêt, qui parait commander l'attention, répond, ou à un état affectif complexe, ou à une tendance permanente. Il définit l'intérêt comme le sentiment de l'adaptation organique dans l'attention.

J. P. HYLAN. *Attention excursive.* — Si l'attention simultanée est

impossible, on peut du moins porter son attention très rapidement à des objets distincts, ce que l'auteur appelle attention « excursive ».

I. MADISON BENTLEY. *La psychologie des mouvements organiques.* — On envisage tantôt les *conditions* motrices et tantôt les *conséquences* motrices de la conscience. Mais l'auteur considère comme le premier postulat de la psychologie l'existence d'une activité consciente qui peut être identifiée avec l'attention.

G. M. STRATTON. *Causalité modifiée pour la psychologie.*

WILHELM OSTWALD. *Energie psychique.*

CHARLES H. JUDD. *Remarques d'introduction à la coopération en psychologie.*

E. C. SANFORD. *Esquisse d'un cours élémentaire de psychologie.* — Etablissement d'un plan. Ces communications, et surtout la première, ont fait l'objet d'une très longue discussion de MM. KIRKPATRICK, LORD, MARVIN, SEASHORE, FRANH, WOODWORTH, COWLRS, MEYER, etc.

C. LADD FRANKLIN. *La doctrine des énergies spécifiques.*

W. P. MONTAGNE. *La possibilité des signes locaux rétiniens de la troisième dimension.*

W. . S. MONROE. *Le sens de la couleur chez les jeunes enfants.* — Etude de 400 enfants, entre trois et six ans, pour le sens des couleurs, par des épreuves où ils les doivent assortir, nommer, choisir et combiner à leur goût. L'habileté à reconnaître et nommer les couleurs croît naturellement avec l'âge, et est un peu plus grande chez les filles que les garçons sans qu'on puisse noter de différence bien nette. Les couleurs les mieux reconnues sont, d'abord, le rouge, puis le bleu, ensuite l'orange et le violet. La couleur préférée est le rouge, ensuite le bleu, et le violet en troisième lieu. Le rouge est le plus souvent choisi pour des combinaisons et le bleu ensuite. Chez les enfants d'origine irlandaise, le vert est fréquemment la couleur la mieux reconnue, préférée et choisie pour des combinaisons. L'auteur n'a fait aucune expérience avec le blanc ou le noir.

J. W. BAIRD. *Noms primitifs des couleurs et couleurs primitives.* — La conclusion des philologues, d'après l'absence du nom des couleurs dans la langue homérique, que le sens chromatique est d'acquisition récente, est absolument erronée, et il ne s'ensuit pas non plus de ce que les premiers noms de couleurs ont porté sur la partie rouge du spectre, que le sens chromatique, suivant l'ordre spectral, n'ait abouti au bleu qu'en dernier lieu.

HELEN B. THOMPSON et KATE GORDON. *Etude des images consécutives sur la rétine périphérique.* — Expériences avec neuf couleurs comme excitants, dont les images consécutives sont décrites.

JOHN A. BERGSTRŒM. *Adaptation visuelle dans l'expérimentation tachistoscopique.* — La diminution des lettres ne donne pas une mesure sensible de l'adaptation. Adaptation optima avec un écran translucide.

C. H. JUDD. *Etudes photographiques de la convergence oculaire.*

ROBERT MAC DOUGALL. *De l'influence des stimulations réflexes du mouvement des yeux sur les jugements numériques.* — Examen de l'influence exercée sur la rapidité d'énumération des papiers colorés par l'ordre et les points de repère des objets à dénombrer.

EDWIN B. HOLT. *La vision durant le vertige.* — Pendant le vertige voltaïque (excitation du labyrinthe), mouvements de nystagmus des deux yeux difficiles à inhiber (photographiés par l'auteur) et pendant lesquels il ne se produit pas de sensation visuelle constante, le champ du regard n'étant pas modifié malgré les mouvements.

R. S. WOODWORTH. *Vision et localisation pendant les mouvements*

des yeux. — La vision dans les mouvements rapides des yeux n'est pas essentiellement différente de la vision avec l'œil immobile.

E. L. THORNDIKE. *Une méthode simple pour mesurer la parenté.*

E. W. KIRKPATRICK. *L'enrichissement des vocabulaires.*

C. E. SEASHORE. *L'enseignement du chant avec l'aide du tonoscope vocal.*

FRÉDÉRIC LYMAN WELLS. *Lapsus linguistiques.*

CHARLES T. BURNETT. *Comparaison des projections maxima des mouvements musculaires rythmiques volontaires, réels ou imaginaires.* — Etudes de l'imagination kinesthésique.

J. P. HYLAN. *Un nouveau Kymographe* mû électriquement.

J. E. W. WALLIN. *Recherches sur le rythme, le temps et la durée.* — Etude psychophysique de la variation, le seuil différentiel dans la perception du temps, sur la durée préférée, etc. Recherches importantes encore en cours. Les seuils différentiels de la perception du rythme sont conformes à la loi de Fechner.

COLIN A. SCOTT. *Une étude expérimentale sur la psychologie du vote.*

ROBERT MAC DOUGALL. *Différenciation sexuelle dans le sens du temps.*

Frère CHRYSOSTÔME. *Quelques aspects psychologiques du succès.*

I. WOODBRIDGE RILEY. *Les débuts de la psychologie américaine.* — Etude de quelques bons travaux psychologiques poursuivis en Amérique de 1750 à 1850 environ.

Discussion générale sur l'affiliation de la psychologie à la philosophie ou aux sciences naturelles. — Cette discussion entreprise en commun par l'*American psychological Association* et l'*American philosophical Association* a valu l'intervention de MM. HUGO MUNSTERBERG, qui se rattache à l'école philosophique, G. STANLEY HALL, qui montra avec vigueur la nécessité de faire de la psychologie une science naturelle, dont relèvent les faits de la vie psychique consciente et inconsciente, humaine et animale, normale et pathologique, embryonnaire et adulte, en se fondant sur le concept évolutif ; la question de la nature de l'âme relève des discussions de physique théorique, sur la matière et le mouvement, mais la psychologie est l'histoire naturelle de l'âme. Cette vue, appuyée par M. A. E. TAYLOR, combattue par M. THYLLY, est objet d'une tentative de conciliation avec l'idée opposée, par M. ANGELL, ennemi de tout divorce.

***

En tout cas, on peut voir, par ce résumé très succinct de l'important Congrès de Harvard, que la psychologie expérimentale, dont on déclare la mort tous les jours, parce qu'on ne lui donne pas en France les moyens de vivre, poursuit en Amérique, où elle prend une place chaque jour croissante, ses travaux nombreux, intéressants et déjà féconds.

H. PIÉRON.

LE VIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE et LE JUBILÉ SCIENTIFIQUE du Pr CÉSARE LOMBROSO

Turin, 28 Avril — 3 Mai 1906.

Le VIe Congrès International d'anthropologie criminelle s'est ouvert le 28 Avril par la célébration du jubilé scientifique du Pr CÉSARE LOMBROSO ; des délégués du monde entier l'ont félicité et fêté. Nous signalerons notamment parmi les discours ceux : du Pr BIANCHI, (ancien ministre italien), du recteur CHIRONI, d'ENRICO FERRI qui retracèrent

l'œuvre de leur maître. Le Pr LACASSAGNE, de Lyon, dit comment il y a 25 ans, désireux de connaître la psychologie de son éminent collègue, il vint voir celui qu'il considère « comme un poète doux et obstiné qui ne se laisse point arrêter dans la propagande de ses idées généreuses par des objections de détail ». Le Pr VAN HAMEL, d'Amsterdam, développa une belle comparaison entre « les deux Césars » Césare Beccaria et Césare Lombroso. Le premier au XVIIIe siècle dit aux hommes : Connaissez la justice; le second au XIXe dit à la justice : Connaissez les hommes.

Sur la première question : *Traitement des jeunes criminels dans le droit pénal et dans la discipline pénitentiaire selon les principes de l'anthropologie criminelle*, les conclusions du rapporteur le Pr VAN HAMEL tendent à ce que :

1° Le traitement des jeunes criminels soit basé entièrement sur les principes de l'anthropologie criminelle.

2° La distinction traditionnelle d'après la formule théorique du discernement soit abandonnée.

V. H. énumère les moyens pratiques pour baser sur un examen psycho-physiologique l'organisation de la préservation et de l'éducation des différentes catégories d'enfants délinquants et particulièrement des anormaux. Il espère que les gouvernements feront instruire des juges spéciaux qui seront mis au courant des dernières découvertes psychiatriques et psychologiques. La majorité pénale doit être reportée à 18 ans.

MM. ALBANEL et PAUL KHAN ont exposé les principes et la pratique du « Patronage Familial » de Paris. Après avoir recueilli de nombreuses observations K. estime qu'il faut surtout rechercher les causes de la criminalité dans l'étude psycho-physiologique des délinquants, car les causes sociales se résolvent bien souvent en des causes psycho-physiologiques. C'est ce que lui a montré l'examen psychologique auquel il s'est livré sur les enfants délinquants.

Mlle IDA FAGGIANI, directrice de l'asile des enfants arriérés de Turin, présente quelques considérations sur la criminalité des enfants.

Prophylaxie et Thérapie du Crime. — Le député Enrico FERRI approuve l'idée de repousser la conception théorique du discernement, et en partant des principes exposés dans les rapports précédents, il essaie de formuler des conclusions précises que le Congrès devra étudier. Il ne faut pas faire simplement de la propagande, mais étudier les anomalies de l'individu, du milieu et des conditions sociales. On connaîtra ainsi les causes, on déterminera les remèdes, on fera de la *prophylaxie* et de la *thérapie* en distinguant les criminels involutifs et les criminels évolutifs. Des mesures spéciales doivent être prises vis-à vis de chacun d'eux, mais la prophylaxie n'abolira jamais complètement le crime. La thérapie restera nécessaire. Elle ne doit plus se faire selon des principes métaphysiques mais d'après des méthodes exclusivement scientifiques. Le juge ne doit plus considérer le crime et l'article du Code qui y correspond, mais surtout le criminel. Parmi les réformes qui s'imposent, F. signale la suppression de l'emprisonnement à date fixe; on ne peut, en effet, fixer le temps que durera l'internement d'un aliéné, on ne le peut davantage pour un criminel, car ce serait condamner tout ce qu'il y a de pratique dans la psychiatrie. Le régime cellulaire doit être remplacé par un régime de travail en commun, etc... On pourra dans une organisation meilleure supprimer le principe de la chose jugée et aller ainsi vers le progrès, guidé par cette belle formule : « Par la science pour la vie meilleure de l'humanité. »

Le Pr PRINS, de Bruxelles dit que l'Union Internationale de Droit Pénal, dont il est président approuve complètement les conclusions de Ferri de même que celles de Van Hamel.

Le président MAGNAUD dit comment il comprend le *rôle du juge contemporain* qui jugerait d'après sa conscience et non point d'après des textes de lois.

M. MAXWELL, docteur en médecine, avocat général à Bordeaux, montre le danger d'un système d'arbitraire et explique comment la loi sert à éviter ses conséquences. Il considère comme difficile la distinction entre les évolutifs et les involutifs.

Parmi les communications se rattachant à ce sujet, signalons celles de NICEFORO (Paris) sur *l'anthropologie des classes pauvres et ses rapports avec l'anthropologie criminelle,* de Slingenberg *sur la criminalité et la lutte des classes aux Pays-Bas,* de de Roos (La Haye) sur *quelques recherches sur les causes de l'augmentation des vols pendant l'hiver et des coups et blessures pendant l'été*, enfin de Mount Bleyer (New York) *Etude sur le traitement des criminels au point de vue scientifique.*

L'anthropologie criminelle dans l'organisation scientifique de la police. — M. OTTOLENGHI veut transformer complètement la tactique policière et la baser sur des méthodes scientifiques. Il préconise la création d'une nouvelle *cartella* d'identification des criminels beaucoup plus complète que la fiche anthropométrique actuelle et contenant des signes physiques et psychiques de l'individu, ainsi que son histoire. Il espère que dans les établissements pénitentiaires on verra dorénavant fonctionner de véritables « cliniques du crime » Le Dr LOCARD, de Lyon, fait une très intéressante communication sur : *Les services actuels d'identification et la fiche internationale.* Il pense que tous les États devraient employer les mêmes procédés pour parvenir à lutter plus efficacement contre les bandes de voleurs internationaux. Signalons aussi la communication de M. REISS, de Lausanne, sur le *Portrait parlé* et son application dans les recherches d'anthropologie criminelle, enfin de NICEFORO sur *l'investigation judiciaire scientifique.*

Etablissements de détention perpétuelle pour les criminels déclarés irresponsables pour infirmité d'esprit. — Toutes les législations européennes contiennent sur ce point de graves lacunes qu'il importerait de combler. M. GAROFALO estime que lorsqu'il y a accusation pour incendie volontaire, viol, meurtre ou assassinat, et que l'accusé est déclaré irresponsable pour infirmité d'esprit mais que pourtant il ne souffre pas d'une forme pathologique exigeant un traitement hygiénique ou médical, il sera interné dans un établissement où il n'y aura d'autres rigueurs que celles rendues nécessaires pour la surveillance et la discipline. L'internement sera perpétuel à moins que, après une période assez longue et qui ne devrait pas être inférieure à cinq ans, le tempérament ou les instincts du délinquant soient tellement tranformés qu'on ne puisse plus douter de sa réforme morale.

A propos de cette communication la discussion du problème général de la responsabilité est reprise et Clément CHARPENTIER propose qu'on substitue définitivement la notion pratique de nocivité sociale à la notion métaphysique de responsabilité. Ce serait le meilleur moyen d'éviter les difficultés de diagnostic entre les responsables, demi-responsables et irresponsables.

Communications sur les anomalies anatomiques chez les criminels et les fous — Il faut nous borner à signaler les plus intéressantes parmi les nombreuses communications sur ce sujet.

LATTES *Contribution à la morphologie du cerveau de la femme criminelle.* TOVO. *La suture palatine chez les criminels.* MARRO, directeur de l'asile de Collegno : *Anomalies du crâne chez les criminels, les épileptiques et les aliénés* etc... etc...

TENCHINI qui a étudié la *morphologie de la glande thyroïde* considérée, dans ses rapports avec les agents ethniques, avec l'âge, le sexe, les maladies, etc., reproduit quelques notes regardant exclusivement les fous morts au manicome de Colorno. Chez les aliénés la glande pèse souvent la moitié, le tiers, même le septième du poids moyen de celle de 300 individus normaux du même pays.

Nous signalerons également sans pouvoir les analyser :

1° Une conférence du professeur SOMMER, qui a exposé comment par les mesures graphiques du tremblement déterminé par certaines doses d'alcool, il croit pouvoir *diagnostiquer certains états épileptoïdes.*

2° Une conférence remarquable du professeur BIANCHI sur *la zone du langage et les lobes frontaux comme organe de la pensée et de la personnalité.*

3° Une étude du colonel FERRERO di CAVALLERLEONE et du lieutenant COSSIGLIO sur *la criminalité et le suicide dans l'armée.* C'est un essai de psychiatrie et d'anthropologie qui peut être imité et développé.

4° Un discours très admiré de Madame Gina LOMBROSO-FERRERO sur le rôle de la pitié dans la justice.

La valeur psychologique des Témoignages fait l'objet d'un rapport de BRUSA et ANGIOLINI de Turin. Les conclusions en sont pessimistes. Reconnaître le témoin de bonne foi et celui de mauvaise foi est difficile, rechercher si le témoignage de bonne foi est exact, ne l'est pas moins : M. ALBANEL propose que l'on punisse le témoin de mauvaise foi devant le juge d'instruction au même titre que l'on punit le témoin de mauvaise foi devant le tribunal.

CLAPARÈDE relate de nombreuses expériences faites à son cours : il a fait entrer un homme déguisé et masqué et il a demandé à ses élèves, après la disparition du sujet, une description du costume et du masque ; très peu ont pu donner une description relativement exacte et même reconnaître le masque dans une collection. Charpentier signale à ce propos dans quelle mesure l'amnésie causée par une émotion peut empêcher un témoin de se souvenir. C'est en somme tout le problème de la connaissance qu'on discute à propos du témoignage, car, comme l'a dit Kahn, c'est faire la critique des sensations.

Rapports de la sexualité et de la criminalité. — LOMBROSO fait le rapport. Il explique comment dans l'enfance on constate chez les sujets qui seront normaux d'une part : une sorte de criminalité transitoire et d'autre part une sorté d'homo-sexualité transitoire (amitiés de collège, flammes, etc.)

Chez d'autres individus l'homosexualité, la criminalité, au lieu d'être occasionnelles seront inhérentes à l'individu dès leur naissance ; de même, qu'il y a des criminels nés il y a des incestes nés, des homosexuels fous, paralytiques, paranoïdes. Certains ont même des caractères spécifiques particuliers à l'autre sexe : physionomie efféminée, défaut de barbe et de poils, largeur de bassin ; d'autres invertis n'ont point de caractères physiques extérieurs. Tous les homosexuels ont la même psychologie : frivolité, égoïsme, jalousie, fausseté, mensonge, bavardage, vanité, vague sentiment esthétique, etc. ; beaucoup de criminels ont un penchant pour l'orgie, la vengeance, l'amour pour les animaux, etc. Les criminels et les invertis ont donc beaucoup de points de ressemblance et de plus ils ont la même hérédité, descendants d'épilep-

tiques, de névropathes, de parents excentriques ou vieux etc. Ils ont tous deux l'impulsivité excessive de la précocité une tendance à la simulation de la folie, etc. Tous deux, conclut Lombroso, ont un noyau d'hystérisme ou d'épilepsie et si l'on admet généralement l'innéité des caractères de l'homo-sexuel, à plus forte raison faudra-t-il admettre l'innéité du caractère du criminel né, tel qu'il le conçoit.

Toutefois les mesures à prendre seront moins sévères contre les premiers que contre les seconds puisque, chez l'homo-sexuel né, les méfaits cesseront après la perte de l'activité sexuelle, tandis que chez les criminels nés ils seront à redouter jusqu'au dernier jour de la vie.

CHARPENTIER rattache à ce rapport une communication sur *les simulateurs* : il cite trois observations dont celle d'un homo-sexuel. Il indique comment ces cas de simulation auraient pu être dépistés dès le début de l'instruction si les magistrats avaient eu une certaine compétence psychiatrique. Sur ce point la discussion s'engage entre lui et le colonel FERRERO di CAVALLERLEONE qui prétend qu'il est dangereux de donner aux magistrats une éducation scientifique nécessairement incomplète qui leur donnera l'illusion d'une supériorité sur les enfants. Charpentier répond que si le danger est grand l'état actuel présente des inconvénients tels qu'il est indispensable que les magistrats puissent recourir plus méthodiquement aux experts.

Un vœu est voté dans ce sens. D'autres vœux sont également votés : l'un d'eux reproduit les conclusions de MM. VAN HAMEL, ALBANEL et KAHN ; un autre (POLA) demande que tous les objes saisis sur les criminels et intéressant la science soient réunis dans un musée. Celui de MM. LACASSAGNE, LOCARD, OTTOLENGHI, demande aux différents gouvernements d'adopter un service obligatoire d'identification des récidivistes.

Le prochain congrès se réunira en Allemagne en 1910.

Clément CHARPENTIER et Paul KHAN.

REVUE DES LIVRES

Les éléments de l'esthétique musicale par HUGO RIEMAN (traduit par *Georges Humbert*) (1 vol. 277 p. Paris Alcan 1906.)

M. Hugo Rieman professe le métier d'esthéticien. Il veut, à sa science, un domaine entier, bien délimité. Comme ce domaine se restreint chaque jour par suite de l'incursion des sciences exactes : psychologiques et sociales, M. Rieman en appelle à la compétence surannée de Baumgarten qui en 1758 montra « l'opposition des théories de la connaissance sensorielle et de la connaissance intellectuelle, autrement dit de *l'esthétique* et de la *logique*. » Cette manière absolue de classer les faits est loin de répondre à nos dernières conceptions scientifiques. Si la logique est une forme de la pensée dans laquelle les sentiments et les émotions ont un minimum de part, les sentiments et les émotions ne sont pas dépourvus de logique. Mais peu importe à M. Hugo Rieman puisque connaissant certaines données récentes de la science expérimentale — il le montre accessoirement au cours de son ouvrage — il persiste à considérer l'esthétique comme un domaine bien à part de la connaissance.

Si du moins il avait placé l'esthétique dans l'ensemble des phénomènes auxquels elle appartient, on pourrait admettre la méthode qui con-

sisterait à l'en isoler momentanément, mais M. Hugo Rieman fait de l'esthétique une sorte d'entité et ne parle jamais de sentiments ou d'émotions esthétiques. Cependant il lui arrive au cours de son ouvrage de citer certains auteurs, Etienne Schutz, par exemple, qui place très bien l'esthétique dans l'ensemble des faits appelés émotions. « L'art, dit Schutz (cité par H. R. page 9) tend vers la haute vie spirituelle que renferme le monde exprimé par lui ; il y tend, non pas dans la mesure où ce monde frappe seulement nos sens, mais dans la mesure où il pénètre dans l'âme et devient une source d'émotion. »

Plus loin, d'après Herder : tout phénomène sonore est l'expression d'un être, « communiquant avec plus ou moins d'intensité, à d'autres êtres en harmonie avec lui, ses émotions profondes, ses souffrances, ses résistances, ses forces en éveil. »

On trouve plusieurs citations analogues. (p. 24-25-26), Page 24 la phrase suivante qui est soulignée : « La puissance du son, l'appel des passions appartient à la race entière ; ils sont en rapports de sympathie avec sa structure physique et intellectuelle. C'est la voix de la nature, l'énergie de l'émotion intime proposées à la sympathie de toute la race ».

Malgré ces avis invoqués H. R. persiste, dans sa synthèse personnelle, à ne pas faire intervenir la notion d'émotion en esthétique. Les divers chapitres qu'il a traités, fort décousus d'ailleurs, touchent à tous les problèmes de l'Art en général et de la musique en particulier. Il lui eut été possible de montrer la nature physiologique et la nature sociale de l'émotion esthétique puisque dans les textes qu'il a cités, et que nous avons reproduits cette voie lui était ouverte. Il appartient à la psycho-physiologie de déterminer expérimentalement les causes immédiates de l'émotion esthétique et à la sociologie de nous montrer son origine et son évolution dans le temps.

Sous réserve de ces critiques, qui au point de vue psychologique auquel nous nous plaçons sont capitales, l'ouvrage d'H. R. a une grande valeur comme technique de la science musicale. Ces qualités, on les retrouvera en plus grand nombre encore dans son « *Dictionnaire de la musique* » traduit en français. Les *éléments de l'esthétique musicale* auront toutefois l'avantage de nous montrer comment M. H. R. a utilisé quelques-unes des données de la science contemporaine, surtout les travaux de Stumpf, pour résoudre certains problèmes de l'esthétique musicale qui aideront à leur tour à une systématisation à venir.

J. M. LAHY.

Association des idées chez les idiots et les imbéciles par BOULENGER et PAUL HERMANT (1. broch. 137 p. Gand 1906. *Extrait du Bulletin de la Société de médecine Mentale de Belgique* nos 121-123-124). — La *Revue de Psychiatrie* a déjà mentionné, dans sa bibliographie périodique, le travail de MM. Boulenger et Paul Hermant. L'intérêt du sujet et l'effort des auteurs nous obligent à consacrer quelques lignes d'analyse à ce travail.

Le sujet est très vaste, mais comme il existe un assez grand nombre de bons travaux sur la psychologie de l'idiot et de l'imbécile il parait possible de réunir les opinions sur l'association des idées et de faire une mise au point de cette question.

Après avoir exposé en psychologues les diverses théories de l'association des idées, les auteurs ont donné l'essentiel des principaux travaux sur ces processus intellectuels chez les idiots ; ils ont présenté, en bloc, leurs propres observations et expériences au nombre de 22, et ils ont fait une longue conclusion générale.

Ce plan était bon. Malheureusement les divers points traités n'ont pas répondu à nos espérances. Le début est très bon, mais les conclusions générales, peu ordonnées, étaient déjà incluses dans la mise au point des travaux antérieurs. Néanmoins les observations bien conduites et intéressantes qui sont rapportées, et qui sans changer les conclusions, donnent des faits nouveaux, en étayent et en augmentent la portée.

Certaines de ces conclusions sont de la plus grande importance au point de vue de la psychologie expérimentale. C'est à ce titre que nous les rappelons. L'idiot et l'imbécile sont des types pathologiques sur lesquels la recherche est relativement aisée, mais il ne faut pas croire qu'il est suffisant de dire qu'un sujet est idiot pour avoir défini exactement le terrain sur lequel se fait l'expérience. « Entre l'idiot le plus profond, chez lequel il faut porter l'aliment à la bouche pour provoquer la déglutition, et le normal, peut se placer toute une hiérarchie continue des mentalités ; la frontière de l'idiotie est difficile à déterminer, puisqu'elle ne consiste qu'en un manque, un trop peu, (*minus habens* est l'expression courante) et que la conception de l'homme normal est une pure abstraction comprenant déjà elle-même des éléments très différents ».

« Les idiots ont l'esprit juste » ont pu dire MM. B. et H. avec Seguin. Ce sont des sujets *plus simples* que les normaux, mais analogues à eux. Ce ne sont pas des individus chez lesquels la même lésion anatomique définie entraîne des perturbations psychiques correspondantes; lorsqu'un expérimentateur entreprend des recherches sur un idiot il doit, au préalable, déterminer la mentalité de son sujet tout comme s'il s'agissait d'un individu sain.

Cependant il y a quelques caractères communs indispensables à connaître.

L'idiot, à tous les degrés, peut être considéré comme un individu arrêté dans son développement, mais arrêté très tôt, sinon complètement, du moins de telle sorte que son intelligence est toujours en retard sur celle d'un âge correspondant,

On a pu comparer l'idiot à un individu resté enfant, et effectivement, au premier abord, il paraît en être ainsi : mais il y a une différence fondamentale entre l'idiot et l'enfant normal ; les auteurs se sont appliqués à le démontrer, c'est là une des bonnes parties de leur travail.

L'idiot, même supérieur, disent-ils, est un *stable,* tandis que l'enfant. quel que soit son âge, a une grande puissance de combinaison, d'imagination, qui l'éloigne toujours du concret et du réel auquel est rivé l'esprit de l'idiot.

L'ouvrage de MM. Boulenger et Hermant permet donc de mettre en lumière quelques points de la psychologie de l'idiot mais n'atteint pas complètement le but proposé. Ils n'ont pas différencié suffisamment l'idiot de l'imbécile.

Leur seul essai de différenciation est malheureux. Ils trouvent en effet que l'idiot est différencié de l'imbécile et de l'enfant par l'absence de fantaisie — nous dirons d'imagination. — Ils mettent ainsi dans la même catégorie de sujets les enfants normaux et les imbéciles.

Cette différenciation même faite d'une manière absolue d'abord (p. 129) est contredite par l'alinéa suivant où les auteurs reconnaissent qu'il existe tous les types intermédiaires.

Nous estimons que malgré ces types intermédiaires on doit trouver des caractères différentiels : mais pour cela une étude de l'imbécillité devrait être faite dans un autre ouvrage, avec la même importance qu'on a donné à l'étude de l'idiotie dans celui-ci.

J. M. Lahy.

Les écrits et les dessins dans les maladies nerveuses et mentales par J. ROGUES DE FURSAC. (1 vol. 300 pages avec figures, Masson 1905).

L'examen des écrits pathologiques dans les maladies nerveuses et mentales est parfois, pour le pur clinicien comme pour le médecin légiste, d'une grande importance au point de vue du diagnostic. Dans l'exécution matérielle et dans le contenu d'un manuscrit, ou suivant la division proposée par le professeur Joffroy dans la *calligraphie* et la *psychographie*, peuvent se manifester nettement des troubles purement moteurs ou des troubles psychiques jusque là imprécis ou inaperçus.

On compterait vainement dans tous les cas sur l'étude de l'écriture des malades pour affirmer ou confirmer un diagnostic, mais cette étude est suffisamment profitable pour justifier, après quelques autres ouvrages sur la question, le travail méthodique et richement documenté de M. Rogues de Fursac.

Il existe plusieurs variétés de documents : *écrits spontanés, écrits sur copie, écrits sous dictée, écriture appliquée.* Chaque variété donne des indications d'ensemble et des modifications particulières. La copie est avant tout l'épreuve de l'attention, l'écriture appliquée est l'épreuve de la fonction motrice, etc.

L'examen de l'exécution matérielle doit porter sur l'ordonnance générale de l'écrit la forme et la direction des lignes, la forme, la direction, la liaison et les dimensions des lettres. L'effacement et la confusion des images graphiques résultent soit d'une aphasie, soit d'un affaiblissement général de la mémoire qui peut être lui-même définitif ou transitoire.

Les omissions de mots dans la copie répondent à des défaillances de l'attention ; celle-ci étant complètement paralysée, il en résulte l'impossibilité de copier. L'automatisme psychique se marque au point de vue graphique par les substitutions, les transpositions, les additions, l'incohérence graphique, l'échographie, la stéréotypie, l'impulsion graphique.

Après ces considérations générales sur les écrits pathologiques, la 2e partie la plus volumineuse, sinon la plus importante, est consacrée à l'étude de l'écriture dans les diverses maladies, et d'abord dans les affections à manifestations exclusivement motrices. Puis, envisageant plus spécialement les psychopathies, l'auteur examine avec soin les écrits pré et post-paroxystiques des épileptiques. Après Joffroy et Dupré, il s'occupe en un long chapitre des troubles si complexes et si importants de l'écriture dans la paralysie générale.

Il montre que les symptômes essentiels de la démence précoce (automatisme, pauvreté de l'idéation et diminution de l'attention, incohérence et stéréotypie) sont mis en évidence par l'étude des manuscrits des malades.

Nous signalons les chapitres qui ont spécialement retenu notre attention, mais l'auteur n'a négligé ni l'écriture des déments organiques, des confus ou des arriérés, ni celle des maniaques, des mélancoliques ou des neurasthéniques. En dernier lieu, après une intéressante analyse des manuscrits nombreux et corrects dans la forme, des psychopathes constitutionnels qui ont le culte de leurs écrits, une troisième partie du livre traite des dessins des malades. Quelques-uns de ces dessins sont des documents cliniques de première importance (lorsque par exemple un persécuté dessine une hallucination visuelle qu'il vient d'avoir).

Comme Rogues de Fursac le remarque lui-même, l'étude des écrits

pathologiques n'est pas une innovation. A l'étranger comme en France, un certain nombre de travaux récents avaient établi des données essentielles. (SÉGLAS, *les troubles du langage chez les aliénés*. DUPRÉ, article *paralysie générale* du traité de pathologie mentale (1903). JOFFROY, *les troubles de la lecture, de la parole et de l'écriture chez les paralytiques généraux* (1904), mais comme nous le disions en débutant le double mérite du présent ouvrage est d'avoir groupé les acquisitions antérieures et une large contribution personnelle dans une étude d'ensemble méthodique et claire (bien que parfois un peu schématique), et d'avoir illustré l'exposé didactique de documents cliniques choisis parmi les plus démonstratifs.

Ce trop bref compte-rendu ne peut que signaler, sans le communiquer au lecteur, l'intérêt qu'on prend à l'examen attentif des écrits et des dessins reproduits dans le livre de Rogues de Fursac.

P. JUQUELIER.

SOCIÉTÉS DE LANGUE FRANÇAISE

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance Solennelle du 25 Juin 1906

M. RITTI lit un *éloge de J. P. Falret.*

M. COLIN lit un rapport au nom de la Commission du *Prix Esquirol.* Un seul mémoire a été présenté. Il ne remplit pas les conditions du concours. La Commission propose de ne pas décerner le prix. Ces conclusions sont adoptées.

M. LWOFF lit un rapport au nom de la Commission du *Prix Aubanel.* Quatre mémoires ont été présentés sur le sujet mis au concours : *Valeur diagnostique des symptômes oculaires aux différentes périodes de la paralysie générale, appuyée surtout sur des observations personnelles.* Adoptant les conclusions de la Commission, la Société décerne les prix suivants :

1° Un prix de 1.200 francs à MM. Mignot, Schrameck et Parot ;

2° Un prix de 650 francs à MM. Privat de Fortunié, Raviart et Lorthois.

3° Un prix de 650 francs à MM. Rodiet, Pansier, Dubos, Cans et Bricka.

La Société accorde une mention honorable au mémoire de M. Cornu.

Le sujet suivant est mis au concours pour le Prix Aubanel à décerner en 1908 : *Des amnésies dans les lésions organiques du cerveau.*

G. COLLET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

5 juin 1906

La revision du Code civil. — M. A. LACASSAGNE étudie la contribution que les médecins peuvent apporter à la revision du Code civil. Un certain nombre des questions soumises à l'examen de la commission nommée par le Ministre de la Justice demandent une solution en accord non seulement avec le bon sens et l'équité, mais encore avec la vérité scientifique. Or, cette Commission comprend des magistrats, des sénateurs, des députés, des avocats, des professeurs de droit, des fonctionnaires et quelques hommes de lettres, mais ne possède aucun médecin.

M. Lacassagne passe en revue les différents chapitres du Code civil que l'on doit reviser en tenant compte des acquisitions des sciences biologiques. Il discute en détail les questions qui se rattachent aux actes de l'état civil (naissance, durée de la grossesse, naissance gémellaire, déclaration par le médecin, sexe douteux, viabilité, déclaration de décès). Il indique l'intérêt qu'il y a à faire intervenir les connaissances médicales dans l'appréciation des questions relatives au mariage (puberté, consanguinité, nullité de mariage, divorce), à la capacité civile (interdiction, conseil judiciaire, aliénation mentale), à l'ouverture des successions (questions de survie), aux délits et quasi-délits, aux accidents du travail. M. Lacassagne estime que l'Académie devrait être appelée à donner son avis dans la revision du Code civil.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

6 Avril 1906

Un nouveau cas de microsphygmie avec ichthyose et débilité mentale. — M. G. Variot présente une petite fille de onze ans qui réalise un syndrome décrit par lui en 1898 à propos d'un enfant de quatre ans et dont MM. Gastou et Emery ont étudié depuis deux cas. Ce syndrome comprend les éléments suivants : petitesse extrême du pouls artériel, ou *microsphygmie*, à toutes les artères périphériques, refroidissement habituel des pieds et des mains avec tendance à la cyanose, absence de tout bruit anormal au cœur, ichthyose très prononcée de la peau des membres, débilité mentale. Il est assez vraisemblable que la microsphygmie traduit une malformation artérielle aplasique causée par une artérite généralisée fœtale d'origine syphilitique. Cette artérite serait également responsable de la malformation cutanée et de la débilité mentale.

4 mai 1906

Rapport présenté au nom de la Commission chargée d'étudier le placement familial des vieillards et des infirmes. — Les conclusions du rapport de M. P. Carnot sont résumées dans ce vœu, qui a été adopté par la Société : « La Société des Médecins des Hôpitaux émet le vœu que l'Assistance Publique veuille bien organiser un essai de placement familial des vieillards et de certains infirmes non malades, à la campagne, afin que, si cet essai donne de bons résultats, on puisse étendre ce mode de placement aux nombreux individus de ces deux catégories qui ne peuvent être reçus dans les hospices, faute de place, et qui contribuent, dans une large mesure, à l'encombrement des hôpitaux. »

8 juin 1906

La lutte contre l'absinthe. — M. L. Jacquet invite la Société à s'associer aux efforts de la Ligue Nationale contre l'alcoolisme qui fait remplir des feuilles de pétitions destinées à amener le Parlement à prendre des mesures contre le développement de l'absinthisme. Il propose à la Société de voter le vœu suivant : « La Société Médicale des hôpitaux affirme une fois de plus que l'absinthe est une des principales causes de déchéance et de mortalité et invite les pouvoirs publics à interdire la fabrication et la vente de cette liqueur. » La Société adopte ce vœu à l'unanimité.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

(Séance du 31 mars 1906)

Le traitement de la folie en dehors des asiles. — X. FRANCOTTE. — A la suite de la communication de M. Peeters, du 28 janvier 1905, M. Francotte présente une série de considérations auxquelles, dit-il, il aurait pu donner ce titre : le traitement avant et après la folie confirmée. Se basant sur la statistique de Nasse, d'après laquelle on obtient 57,5 °/₀ de guérisons dans les cas récents, 9,1 °/₀ dans les cas remontant à 7 à 12 ans, et 2 °/₀ seulement pour les cas remontant à plus de 12 ans, il insiste sur la nécessité de procéder à un isolement rapide des malades, surtout dans les classes pauvres, atteints de psychoses naissantes, et qui ne peuvent alors, à l'heure actuelle, être soignés nulle part. Il appuie sur quelques cas personnels ses considérations, et termine en résumant ses idées dans les propositions suivantes :

« 1° En vue de favoriser l'isolement hâtif qui constitue généralement la condition de la guérison des maladies mentales et qui, dans la classe ouvrière, ne peut guère se pratiquer autrement que par la séquestration, les asiles d'aliénés devraient être autorisés à recevoir, à conserver, et à élargir, sans aucune formalité, des individus atteints de maladies mentales au début, ainsi que des névropathes et des intoxiqués, qui s'y présentent volontairement. Si l'on répugnait à étendre cette faculté à tous les asiles, on l'accorderait, du moins, aux asiles servant à l'enseignement clinique. Ceux-ci y trouveraient l'avantage de voir se multiplier les cas curables, dont le nombre est actuellement si restreint et dont l'intérêt clinique est pourtant si considérable.

» 2° Afin d'éviter toute contestation, il faudrait que la loi autorisât formellement la sortie par essai: Le mode de sortie serait une véritable épreuve dont le médecin règlerait la durée et les conditions; elle aboutirait, soit à la réintégration, soit à la libération définitive.

» 3° En dehors de la sortie par essai et de la sortie par guérison, la loi devrait adopter la sortie « par amélioration suffisante », qui serait appliquée aux individus qui, sans être guéris, n'offrent plus de danger ni d'inconvénient pour leurs semblables, et qui ne peuvent plus bénéficier du séjour à l'asile. »

P.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

(16 Mars 1906)

L'hystérie est-elle une maladie nerveuse ?

M. P. KRONTHAL combat l'opinion classique d'après laquelle l'hystérie serait une affection sine materia. Cette maladie serait liée à une réaction anormale des cellules cérébrales.

Il est vrai qu'on emploie depuis longtemps contre l'hystérie, mais d'une façon empirique le traitement rationnel qui consiste à tonifier les cellules cérébrales.

M. M. ROTHMANN, fait remarquer que M. Kronthal n'apporte pas la preuve de la lésion dont il invoque l'existence.

Double coup de feu du cerveau et de la moelle, guérison. M. KRAUSE. — Abcès du cerveau, syndrome de Brown Séquard, nécrose vertébrale, infection prolongée, méningite spinale séreuse, guérison.

J.

REVUE DES PÉRIODIQUES

PÉRIODIQUES DE LANGUE FRANÇAISE

Annales médico-psychologiques (64e année. — Nos 2 et 3. Mars-Juin 1906)

SOUTZO (fils). — **La psychiatrie moderne et l'œuvre du professeur Kraepelin.** — Etude analytique et parfois critique, de la 7e édition de la psychiatrie de Kraepelin, intéressante à consulter par son étendue.

(N° 3. — Mai-Juin 1906).

V. PARANT. — **Un article du professeur Grasset : Demi-fous et demi-responsables.** — Objections de l'auteur à Grasset, contre la conception de la demi-responsabilité.

W. SERBSKY. — **Contribution à l'étude des formes mixtes (Vésanies).** — A côté des formes typiques de mélancolie, de manie, de paranoïa aiguë et d'amentia, il existe des formes mixtes ou *vésanies*, résultat de la combinaison à deux ou plusieurs des états typiques : L'auteur décrit, la vésanie mélancolique, l'hallucinose aiguë, la vesanie névralgique et la vésanie maniaque.

Voici comment il définit la vésanie mélancolique, sur laquelle il insiste particulièrement : La vésanie mélancolique se caractérise principalement par la combinaison des phénomènes de la mélancolie et de la paranoïa auxquelles s'associe parfois un élément de confusion mentale.

GIMBAL. — **Les incendiaires** (suite). — L'incendie chez les délirants sytématisés et chez les hystériques. Observations.

CONVERS. — **Action de l'acide formique en médecine mentale.** — Le formiate de soude a semblé avoir un effet utile sur l'état général de quelques mélancoliques anorexiques curables. Il s'est comporté comme un stimulant général, et en particulier des voies digestives.

ROUSSET. — **Un cas d'exhibitionnisme.** — Observation. Malade condamné deux fois, avant l'inculpation ayant déterminé l'intervention médico-légale de l'auteur.

Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière (19e année. — 2. — Mars-Avril 1906)

FÉRÉ. — **Note sur quelques cas de trichotillomanie chez les aliénés.** — 3 observations (concernant un dégénéré délirant et deux paralytiques généraux) de trichotillomanie survenue presque en même temps dans le service de l'auteur, sans que la contagion mentale puisse être invoquée. Il s'agissait d'un phénomène réfléchi et non spontané, consécutif dans le premier cas à une éruption furonculeuse dans les deux autres à un prurit intense.

Revues des Idées (N° 27. — 15 mars 1906).

J. GRASSET. — **Organisation de la défense sociale contre les maladies nerveuses.** — Il est facile de comprendre l'importance qu'aurait une bonne prophylaxie des maladies du système nerveux, or cette prophylaxie est réalisable, car aucune des nombreuses causes des maladies nerveuses n'est absolue, et n'agit isolément : L'hérédité elle-même n'est pas certaine, et n'est pas constante dans ses résultats. Afin d'organiser et de diriger une prophylaxie rationnelle pour la triple préservation de l'individu, de la famille et de la société, le médecin devrait intervenir à propos, au sujet du mariage, de l'éducation physique et morale de l'enfant, de l'hygiène générale de l'adulte névropathe.

Le côté médical de l'enquête qui précède un mariage est toujours négligé. L'auteur voudrait que toute union fut précédée d'un entretien des deux médecins de la famille de chaque contractant, déliés par leurs clients respectifs du secret professionnel, et qui conseilleraient, ajourneraient ou interdiraient le mariage sans motiver leur arrêt.

L'aliénation mentale et l'épilepsie actuelles sont des motifs de prohibition absolue, de même que l'hystérie grave et ancienne. Le mariage des consanguins doit être généralement déconseillé.

Toutefois, il parait impossible de faire de l'enquête médicale avant le mariage une obligation légale.

L'enfant doit être particulièrement surveillé aux âges où la maladie nerveuse s'est déclarée chez les ascendants. Les parents qui savent leurs enfants prédisposés à la névrose doivent faire très sérieusement surveiller par le médecin la période de la puberté. L'éducation intellectuelle et morale de ces prédisposés commande de grandes précautions. Seuls ces sujets ont à redouter le surmenage scolaire, et les écoles à concours avec limite d'âge doivent leur être interdites. La suppression absolue de tout travail intellectuel ne s'adresse guère qu'aux épileptiques.

Aux adultes prédisposés aux affections nerveuses, le médecin doit faire comprendre l'utilité d'une existence spéciale de laquelle seront exclus tous les excés, le tabac, l'alcool, les plaisirs sexuels trop fréquents, le jeu, les ambitions sociales, si dangereuses dans la « vie d'arrivisme » moderne.

Revue de médecine légale. (12e année. — 5 mai 1906)

Poisson. — **Aperçu historique sur la simulation.** — Revue rapide de la simulation à travers les âges. Depuis David qui, pour éviter la colère de Saül, simulait l'épilepsie jusqu'au conscrit de 1814 feignant d'être sourd et se trahissant par les manifestations exagérées d'une satisfaction bien légitime, les exemples rapportés par l'auteur montrent que l'ingéniosité des simulateurs fut toujours proportionnelle à l'étendue des connaissances médicales. Actuellement, experts et inculpés sont très habiles. « Autrefois, on créait de toutes pièces, aujourd'hui on modifie la réalité en l'exagérant. Jamais Lasègue n'eut dit avec plus de raison : On ne simule bien que ce qu'on a. » Est-il bien sûr que les Hubins et les Sabouleux du moyen-âge étaient des parasites sociaux différents de ceux d'aujourd'hui ? Les procédés seuls paraissent avoir changé.

Revue philantropique. XVIII et XIX. (15 avril et 15 mai 1906)

Sérieux. — **Evolution de l'assistance des aliénés en Allemagne. — Les réformes nécessaires en France.** — Depuis 40 ans, d'immenses progrès ont été réalisés en Allemagne pour l'assistance des aliénés : Suppression des moyens de contention mécanique et de l'isolement cellulaire, extension de l'open-door pour les chroniques et de l'alitement pour les aigus, subordination étroite de l'organisation des asiles aux exigences du traitement, création de cliniques psychiatriques dans toutes les universités, segmentation des établissements en nombreux services autonomes, développement de la colonisation des aliénés chroniques ; création d'établissements spéciaux pour les épileptiques, les névropathes, les buveurs, les idiots, les aliénés criminels ou dangereux ; augmentation du nombre des médecins et des infirmiers.

La comparaison de cet effort considérable avec ce qui a été tenté en France pendant la période correspondante est loin d'être à notre avantage, et bien qu'il ait raison d'insister sur ce point, il est malheureusement très facile à l'auteur de démontrer notre infériorité. Cependant

dans les deux premiers tiers du XIXe siècle, la France a tenu la tête du mouvement qui a transformé le sort des aliénés.

Mais pourquoi les idées fécondes de nos savants se heurtent-elles chez nous, à l'esprit de routine, d'incuriosité ou de défiance à l'égard des réformes, et de centralisation administrative à outrance ?

Parmi les améliorations les plus pressantes que réclame l'assistance des aliénés, M. Sérieux signale la vulgarisation de l'enseignement psychiatrique, la transformation du spectateur indifférent qu'est le médecin adjoint des asiles publics en un médecin traitant, responsable et utile, l'organisation de voyages d'études à l'étranger, la création des nouveaux asiles à proximité des villes universitaires, en vue de favoriser la culture scientifique des médecins.

Archives générale de médecine. (83e année. — 22-29 mai 1906)

J. VOISIN, R. VOISON et RENDU. — **Idiotie et lésion cérébelleuse. — Amélioration des symptômes.** — Actuellement, la malade est âgée de 19 ans. Son intelligence s'est manifestement éveillée pendant le séjour à l'hôpital. La station est instable et la démarche festonnante. La sensibilité est normale. — Nystagmus. Exagération des reflexes rotuliens. Pour les auteurs, à cause de ces signes, la lésion cérébelleuse ne fait aucun doute. Il ne s'agit ni d'hérédo-ataxie-cérébelleuse, ni de maladie de Friedreich, ni de sélérose en plaques. La ponction lombaire a permis d'éliminer l'hypothèse d'un processus méningé. L'évolution de l'affection, permettant de rapprocher ce cas des améliorations que l'on observe dans certaines maladies de Little, laisserait supposer qu'il s'agit également d'une agénésie intéressant la voie cérébelleuse, cette agénésie pouvant être primitive, mais relevant plutôt d'une lésion des centres.

La Clinique. — (Ne 16, 20 avril 1906.)

SIMON. — **A propos des idées de grandeur.** — L'auteur met en garde le public médical non spécialisé contre l'opinion encore trop répandue que les idées de grandeur absurdes sont caractéristiques de la paralysie générale. Il y a intérêt à vulgariser cette vérité aujourd'hui bien connue des psychiatres : que la couleur d'une idée délirante n'a qu'une importance très secondaire pour le diagnostic d'une maladie mentale donnée,

Ne 21. — 25 mai.

ANDRÉ THOMAS. — **Indications thérapeuthiques de la ponction lombaire.** — Suite de l'article publié dans le ne 12 du même journal.

La ponction lombaire peut être faite dans le but d'injecter une substance médicamenteuse : injections calmantes palliatives et d'un effet court, ou injections curatives dont les résultats sont encore suspects ; l'auteur n'insiste pas.

L'opération a un but plus précis quand elle se propose de remédier à l'hypertension du liquide cephalo-rachidien, ou de soustraire une certaine quantité de substances toxiques contenues dans ce liquide ; dans les deux cas isolés ou réunis, elle peut être tentée contre les tumeurs de l'encephale (sauf celles du cervelet ou du bulbe), l'hydrocéphalie congénitale, les méningites dites aiguës, l'hémorrhagie méningée des nouveaux nés, l'urémie nerveuse, l'asystolie avec troubles cérébraux, les fractures du crâne. On peut soustraire suivant la tension de 5 à 80 cmc, et au-delà. Les signes d'hypertension durable. la méningite aiguë constituent les indications de la ponction renouvelée.

(Ne 24. — 15 juin 1906.)

SIMON. — **Eléments indispensales au diagnostic en cas d'aliénation.** — Ce sont les signes physiques, les troubles mentaux qualitatifs, le niveau des facultés intellectuelles.

Les signes physiques ont leur importance « mais aucun n'est indispensable, même pour reconnaître la maladie la plus organique de toute, la paralysie générale ».

Par cette formule un peu outrancière, l'auteur a voulu mettre en garde les débutants en aliénation mentale contre la tendance à créer de légères inégalités pupillaires ou des signes d'Argyll au début, au profit d'un diagnostic erroné de paralysie générale, mais oserait-il lui-même affirmer ce diagnostic sans avoir pu constater un signe physique ?

Il est exact, comme le dit Simon (bien que ce terme ait sa signification et sa valeur) que l'emploi du mot « confusion mentale » caractérise parfois plutôt l'état d'esprit du praticien que celui du malade.

L'appréciation du niveau intellectuel est parfois gênée par des phénomènes surajoutés (délire, dépression, hallucinations). Il est bon d'attendre avant de diagnostiquer la démence.

France médicale (53e année, n° 6, 25 mars 1906).

CAZANOVE. — **Dépravation sexuelle chez les relégués de la Guyanne française.** — La France médicale a emprunté aux *Archives d'Anthropologie criminelle* de janvier 1906 un curieux chapitre de psychologie pathologique, dont l'auteur est médecin des troupes coloniales. L'inversion sexuelle fleurit à St-Jean du Maroni (Guyanne française) où est le dépôt de la relégation.

Nous n'insisterons pas sur la pittoresque description des mœurs étranges des relégués. A côté des *faiseurs de soupe*, couples d'invertis alternativement actifs et passifs et des *ménages* dans lesquels les deux rôles sont au contraire exclusifs, l'auteur insiste sur l'intéressante catégorie des *individus sans attaches* ou mômes, véritables prostitués mâles dont quelques-uns ont leurs souteneurs. Ces prostitués, qui ont pour la plupart des surnoms féminins présentent souvent des anomalies de conformation : voix enfantine, système pileux peu développé, cryptorchidie, atrophie de la verge, etc. Ils se rendent aussi féminins que possible, se parent de rubans et de bagues, connaissent le pouvoir des parfums, des fards et des « dessous soignés. »

Il y a quelques années, certains mômes étaient les hôtes de véritables maisons de tolérance, sur lesquelles l'administration n'a pu fermer les yeux, et qu'ont remplacées de discrètes agences matrimoniales dirigées par de vieux invertis passifs sur le retour. A côté de l'inversion proprement dite l'auteur a observé mais plus rarement d'autres aberrations sexuelles, amateurs de bestialité, sujets qui pratiquent la masturbation ou le coït buccal. Quelques-uns de ces derniers payent pour exercer leurs bons offices, détail qui paraît bien en rapport avec une perversion nettement morbide.

Revue de médecine (26e année, n° 5, 10 mai 1906).

A. MARIE. — **La légende de l'immunité des Arabes syphilitiques relativement à la paralysie générale.** — A l'asile Abassieh au Caire, où l'auteur a examiné les pensionnaires du Dr Warnock, la population comprend 82 0/0 d'indigènes du nord africain. Or, la paralysie générale est fréquente chez les Arabes en Egypte, et dans 79 0/0 des cas de paralysie générale on trouve des antécédents nettement spécifiques. La forme démentielle simple est assez souvent observée. M... pense que si Meilhon et Lovy ont peu trouvé de paralytiques généraux en Algérie et en Tunisie, c'est qu'ils ont fait leurs examens dans des conditions défavorables. D'autre part les Arabes paralytiques d'Algérie n'arrivent

(Voir la suite après le Bulletin bibliographique mensuel)

pas jusqu'à Aix où on n'expédie guère que les aliénés chroniques et encombrants. Il se pourrait donc que les Arabes d'Algérie et de Tunisie présentent à l'observation un aussi fort contingent de paralysies qu'en Egypte le jour où l'on ouvrirait un asile d'aliénés sur place.

Revue scientifique. (26 mai 1906, n° 21 IV).

INGEGNIEROS. — **D'une classification des criminels fondée sur la psycho-pathologie.** — Les facteurs qui coopèrent à la détermination du crime se divisent en deux grandes catégories : 1° les facteurs *endogènes*, brologiques, propres à la constitution physiologique du criminel ; 2° les facteurs *exogènes*, mésologiques propres au milieu où agit le criminel. C'est d'après les modifications des facteurs endogènes que l'auteur à tenté de classer les criminels. Le crime ne se produit pas sans une perturbation de l'activité psychologique en rapport avec le milieu moral ; cette perturbation peut être permanente, transitoire ou simplement accidentelle.

L'anomalie qui implique la prédisposition au crime ou constitue le caractère criminel se manifeste chez quelques-uns comme un défaut congénital ou acquis du sentiment moral (*dysthimie*) ; chez d'autres, comme un ensemble de troubles intellectuels qui empêchent de juger et d'évaluer l'acte criminel dans ses rapports avec le milieu (*dysgnosie*); et enfin, chez d'autres il consiste en une résistance insuffisante de la volonté à l'impulsion motrice qui fait commettre l'acte criminel, (*dysbeulie*). A ces trois groupes, constitués par ces types purs, il faut ajouter un 4° groupe composé par les types combinés : la clinique en effet offre des exemples d'individus profondément dégénérés, chez lesquels cœxistent l'impulsivité, l'absence de sentiment moral, et le trouble des fonctions intellectuelles.

Semaine médicale. — (26e année, n° 21. — 23 mai 1906).

P. MARIE. — **Revision de la question de l'Aphasie : la 3e circonvolution frontale gauche ne joue aucun rôle spécial dans la fonction du langage.** — La doctrine ayant actuellement cours sur les diverses aphasies est presque uniquement appuyée sur des idées théoriques. Wernicke découvrit l'aphasie sensorielle en étudiant le trajet des voies acoustiques tel que le décrivit Meynert, mais il plaça à tort le centre de l'audition dans la 1re circonvolution temporale. Pourtant, dès le début, à cette doctrine erronée deux autopsies d'aphasie avec lésion du lobe parieto-temporal venaient apporter une sorte de confirmation absolue, la faisaient adopter partout ; toute une théorie du langage fut créée, avec des images et des centres, mais cette théorie psychophysiologique n'étant pas exacte, la doctrine de l'aphasie s'est trouvée également erronée. Chez tout aphasique, il existe un trouble plus ou moins prononcé dans la compréhension du langage parlé, trouble qui mettent en évidence des preuves plus ou moins compliquées suivant les cas. Cependant, il ne s'agit pas de surdité verbale puisque quand on fait décomposer, tous les temps de ces différentes épreuves sont parfaitement compris des malades. Il y a chez tous les aphasiques une diminution très marquée dans la capacité intellectuelle en général. A cette notion de la diminution intellectuelle considérée comme accessoire par la plupart des auteurs l'auteur attache une importance de 1er ordre. En observant les aphasiques on voit que le déficit est surtout considérable dans le stock des choses apprises par des procédés didactiques (musique, calcul etc.) mais il doit être recherché et peut passer inaperçu, d'autant que la sphère affective et morale ne subit pas la même diminution, et que la mimique émotive est exubérante : En revanche, les mimiques conventionnelle et descriptive, sont très ap-

pauvries, ce qui est indépendant de l'exercice de la parole. L'auteur conclut que la doctrine de la surdité verbale et la localisation de celle-ci au niveau du pied de la 1re circonvolution temporale gauche ne peuvent être acceptées.

Contre la localisation de l'aphasie de Broca, l'auteur invoque deux ordres d'arguments.

Il existe des observations peu nombreuses mais précises, de droitiers n'ayant pas eu d'aphasie après la destruction de la région postérieure de la 3e frontale gauche.

Il existe des cas d'aphasie motrice des mieux caractérisés, sans lésion de cette même région. (F. Bernheim, Touche, P. Marie). Puisqu'on peut parler quand la circonvolution de Broca est détruite, puisqu'on peut devenir aphasique bien que la circonvolution de Broca soit intacte, c'est que cette circonvolution ne joue aucun rôle spécial dans la fonction du langage. Mais comment expliquer le nombre énorme de faits dans lesquels l'aphasie a coïncidé avec une lésion de la 3e frontale ? L'aphasie et le ramolissement de Broca sont deux phénomènes qui coïncident souvent (50 0/0 des cas) lors de l'oblitération de la sylvienne.

Pourtant l'aphasie de Wernicke et l'aphasie de Broca sont des réalités cliniques incontestables ; comment les expliquer ?

Dans l'aphasie de Wernicke, les malades peuvent parler, mais parlent mal en vertu d'une déchéance intellectuelle.

Dans l'aphasie de Broca, les malades ne peuvent pas parler, mais sont aussi des individus diminués au point de vue psychique. L'aphasie de Broca, c'est l'aphasie de Wernicke avec la parole en moins, et de ces deux variétés d'aphasie vraie, l'anarthrie de Pitres (aphasie motrice sous corticale de Déjerine) doit être soigneusement séparée.

Tout le monde est d'accord pour localiser l'anarthrie soit dans le voisinage du noyau lenticulaire, soit dans ce noyau lui-même, soit dans la partie antérieure et le genou de la capsule interne, soit dans la capsule externe, l'anarthrie contrairement à l'aphasie n'appartient pas exclusivement à l'hémisphère gauche. Elle est curable par suppléance lorsqu'elle est due à une lésion d'un seul hémisphère.

Or, l'aphasie de Broca n'est autre chose qu'une aphasie compliquée d'anarthrie et le seul territoire central dont la lésion produise l'aphasie c'est le territoire dit de Wernicke (gyrus supramarginalis, pli courbe et pieds des deux premières temporales).

La lésion d'une portion de la zone de Wernicke donne lieu au syndrome global *aphasie*, syndrôme d'une intensité proportionnelle à l'étendue de la lésion.

Dans l'aphasie de Broca, il y a lésion de la zone du noyau lenticulaire, et il peut y avoir un ramollissement d'origine sylvienne englobant la zone de Wernicke et la 3e frontale. Mais si le ramollissement de la sylvienne siège en aval de la branche de la 3e frontale, il y a altération de la zone de Wernicke et du noyau lenticulaire, intégrité de la circonvolution de Broca et aphasie motrice.

Malgré la longueur relative de cette analyse, nous ne croyons pas avoir pu indiquer l'essentiel de l'intéressant travail de P. Marie, travail qui doit être lu dans le détail, et qui sera, sans doute, à cause de l'autorité de l'auteur le point de départ de nombreuses recherches.

JUQUELIER.

NOUVELLES

Réponse à une enquête. — La loi sur les accidents du travail et les obligations du médecin d'asile. — Le *Journal de médecine légale psychiatrique* (avril 1907) pose les questions suivantes :

« I. — *a*) Un confrère du dehors, médecin d'une compagnie d'assurances ou expert commis par le Tribunal, a-t-il qualité pour venir examiner, à l'asile, un malade devenu aliéné après un accident du travail ?

b) Le chef de service est-il obligé de communiquer le dossier et les observations personnelles, et surtout doit-il délivrer un certificat de situation ou donner une copie des certificats de vingt-quatre heures ou de quinzaine ?

c) Dans ce cas, le chef de service ne devrait-il pas être désigné comme co-expert ?

II. — Un accident du travail est l'objet d'une expertise médico-légale au point de vue mental. Les troubles psychiques sont légers, mais menacent de s'aggraver au dehors ou bien il s'agit d'un simulateur probable avec manifestations bruyantes ne permettant pas le séjour dans la famille ou dans un hôpital — dans les deux cas un isolement momentané serait nécessaire. Peut-on demander la mise en observation dans un asile ? A quel titre ? N'y a-t-il pas lieu de craindre que ce placement ne puisse nuire à un accidenté reconnu non aliéné, soit pour l'issue du procès, soit ultérieurement, pour la reprise du travail, pour un mariage, etc. ? »

Il nous semble que l'on doit répondre ainsi :

I. — *a*) La loi du 9 avril 1898 (modifiée par la loi du 31 mars 1905), accorde en ces termes au patron (ou à la compagnie d'assurances), le droit de faire visiter la victime par un médecin de son choix (art. 4) : « Au cours du traitement, le chef d'entreprise pourra désigner au juge de paix un médecin chargé de le renseigner sur l'état de la victime. Cette désignation dûment visée par le juge de paix, donnera au dit médecin accès hebdomadaire auprès de la victime en présence du médecin traitant, prévenu deux jours à l'avance par lettre recommandée ». Le patron ou l'assureur garde ce droit trois ans après le règlement de l'affaire (art. 19) : « Au cours des trois années pendant lesquelles peut s'exercer l'action en revision, le chef d'entreprise pourra désigner au président du tribunal un médecin chargé de le renseigner sur l'état de la victime.. Cette désignation, dûment visée par le président, donnera au dit médecin accès trimestriel auprès de la victime ». Ces dispositions de la loi établissent formellement le droit du médecin désigné par la Compagnie d'assurances, à visiter le blessé, que celui-ci soit à son domicile ou à l'hôpital, et même s'il se trouve dans un asile d'aliénés, et déterminent les conditions dans lesquelles ce droit doit

être exercé. Quant à l'expert, le Code de procédure civile, lui donne les droits les plus étendus et certainement celui d'examiner un malade interné.

b) Le chef de service de l'Asile, non seulement ne peut être obligé de communiquer le dossier du malade et ses observations personnelles, mais encore il doit considérer comme son devoir de ne fournir aucun renseignement sur le malade qui lui est confié. Il se trouve, comme l'est le médecin traitant au dehors, absolument lié par le secret professionnel. Si les experts désirent avoir communication des certificats concernant le blessé, c'est à l'administration préfectorale qu'ils devront s'adresser. A plus forte raison, le médecin d'asile ne peut délivrer de certificat sur la demande de l'expert ou du médecin de l'assureur. Cela ressort, du reste de la récente communication de MM. Vigouroux et Delmas à la Société médico-psychologique et de la discussion qui l'a suivie (Voir *Revue de Psychiatrie*, mai 1906, p. 209).

c) Le médecin de l'asile ne peut en aucun cas être nommé expert dans une affaire d'accident du travail concernant un malade interné dans son service. En effet, la loi du 9 avril 1898 (modifiée par la loi du 22 mars 1902) interdit formellement la nomination au titre d'expert du médecin qui a traité le blessé. Cette disposition s'applique au médecin d'hôpital et, par conséquent, au médecin d'asile. « Toutes les fois qu'une expertise, dit l'article 17, sera ordonnée soit par le juge de paix, soit par le tribunal ou la cour d'appel, l'expert ne pourra être *le médecin qui a soigné le blessé,* ni un médecin attaché à l'entreprise ou à la société d'assurances à laquelle le chef d'entreprise est affilié ».

II. — Le Tribunal de Briey (16 mars 1903), a autorisé l'expert à mettre le blessé en observation dans un hôpital pendant quelques semaines. Mais d'autres tribunaux ont pris des décisions en sens contraire. La jurisprudence n'est donc pas établie en ce qui concerne la mise en observation d'un blessé dans un hôpital. Quant à la mise en observation dans un asile, rien ne permet de prendre une telle mesure. Il a pu qu'on ait placé en observation à l'asile des inculpés présentant ou simulant des troubles mentaux, mais une telle manière de faire ne peut être adoptée dans les affaires civiles. Si le malade semble devoir être interné — aliéné ou simulateur préumé — qu'on l'interne légalement. Aliéné, il ne pourra que tirer bénéfice de sa séquestration ; simulateur, si cette séquestration lui cause quelque dommage, il se trouvera simplement victime de sa propre malhonnêteté.

G. Collet.

Création d'un asile d'alcooliques à New-York. — Cet établissement sera organisé, en vertu d'une loi récente, dans le courant de l'été prochain. Il est destiné aux ivrognes invétérés et aux buveurs d'habitude qui pourront y être envoyés par les tribunaux. La dépense en terrains et bâtiments est évaluée à 300.000 dollars (1.500.000 fr.). En 1905, il y a eu à New-York environ 30.000 arrestations pour cause d'alcoolisme.

Congrès international d'Assistance des aliénés de Milan 1906. — MM. TAMBURINI et FERRARI, président et secrétaire de ce Congrès, adressent aux médecins d'asile la lettre-circulaire suivante :

« Le Comité Organisateur Central du « *Congrès International pour l'Assistance des aliénés* » qui aura lieu à Milan, du 26 au 30 septembre prochain, a délibéré d'agréger au Congrès une Exposition de plans et de documents illustratifs de tout genre des principaux Asiles d'aliénés.

» J'ai donc l'honneur de vous inviter — au nom du Comité — à vouloir bien déclarer si vous vous proposez de prendre part à la dite Exposition et de nous renseigner sur le genre de documents que vous avez l'intention d'exposer et sur leurs dimensions approximatives.

» Le Comité, après avoir reçu votre réponse — qu'il souhaite favorable, — s'empressera de vous faire connaître les conditions les plus convenables pour l'expédition des objets et les réductions possibles des prix du transport. »

Adresser les réponses au secrétaire général à Bertalia-Bologna. Italie.

Le diplôme d'études psycho-physiologiques de l'Université de Lyon. — Voici plusieurs années qu'il a été fondé, à la Faculté des Lettres de l'Université de Lyon, par M. BERTRAND, professeur de philosophie et psychologie, un titre universitaire, le diplôme d'études psycho-physiologiques. Mais ce titre, offert par une Faculté des Lettres, n'a sans doute pas paru offrir un intérêt suffisant, car, à notre connaissance, il n'a pas encore été décerné ; en tout cas, ces dernières années, aucun candidat ne s'est présenté.

Lorsque les Facultés des Sciences et des Lettres auront organisé enfin cet enseignement, pour la psychologie normale et comparée, et la psychopathologie, il est probable qu'il aura plus de succès que celui qu'a courageusement entrepris, à Lyon, la Faculté des Lettres.

Faculté de médecine de Naples. — M. O. FRAGNITO est nommé privat-docent de neurologie et psychiatrie.

Université de l'Illinois. — M. J. W. BAIRD a été nommé instructeur de psychologie expérimentale à l'Université de l'Illinois.

Faculté de médecine de Paris. — M. R. DUPOUY a été nommé, après concours, chef de clinique des maladies mentales.

Nécrologie. — M. SERVEAUX, professeur à l'école Lavoisier, chef du laboratoire de Physiologie de la clinique des maladies mentales de l'Université de Paris, s'est éteint à Bouray (Seine-et-Oise) après une longue maladie le 10 juillet 1906. Savant modeste, expérimentateur de premier ordre, M. SERVEAUX avait été le collaborateur du professeur JOFFROY dans de fort intéressantes recherches sur la « *toxicité des alcools* ».

Personnel des asiles d'aliénés. — *Mouvement de juin 1906.* — Par voie de régularisation (décret du 14 août 1905), le traitement de M. le

Dr COULONJOU, médecin adjoint de l'asile d'aliénés d'Alençon, est élevé de 3.000 fr. à 3.500 fr. par an à dater du 1er avril 1906.

M. le Dr BOURDIN, médecin en chef à l'asile d'aliénés du Mans (Sarthe), promu à la 2e classe du cadre.

M. le Dr LWOFF, médecin en chef à l'asile de Maison Blanche, promu à la 1re classe du cadre.

Le gérant : A. COUESLANT.

PARIS & CAHORS, IMPRIMERIE A. COUESLANT (30-VII-06)

REVUE CRITIQUE

DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE SÉNILE
(Méningo-encéphalite diffuse subaiguë des vieillards)

Par Maurice OLIVIER
Interne à l'Asile de Blois

Le domaine de la paralysie générale s'est singulièrement agrandi et enrichi au cours de ces dernières années. Le chapitre des pseudo-paralysies, en particulier, a pris une extension considérable. Mais à côté d'elles, la paralysie générale de l'enfance et de l'adolescence, tributaire du même processus inflammatoire que la paralysie générale classique de l'adulte, a fini par acquérir son indiscutable droit de cité.

Quant aux paralysies générales *tardives* survenant sur le déclin de l'âge mûr, entre 50 et 60 ans, si leur existence n'est pas contestée par la plupart des auteurs, du moins sont-elles tenues pour bien plus rares qu'elles ne sont en réalité. Pour notre part, sur 139 paralytiques généraux admis à l'Asile de Blois[1] en l'espace de 21 ans, nous avons pu relever 23 observations cliniques qui appartiennent à cette catégorie, et tout dernièrement encore nous avons dû à l'obligeance de M. le professeur Régis de connaître 9 cas analogues. Mais ce n'est pas tout : quelques auteurs récents tendent à séparer du groupe encore confus des démences, la méningo-encéphalite diffuse subaiguë de la vieillesse ; ils réclament pour elle une place au sein de la paralysie générale classique.

Il faut donc induire de ces faits que le cadre de la paralysie générale a été indûment rétréci et que nous devons l'élargir, si nous ne voulons pas laisser subsister un véritable *préjugé d'âge* que la réalité dément, et contre lequel la pathologie générale s'insurge. La rougeole, en effet, pour être surtout une maladie de l'enfance, n'en est pas moins susceptible, en certaines circonstances, d'atteindre les adultes. Et s'il est vrai que la broncho-pneumonie des enfants diffère par quelques côtés de celle des vieillards, l'identité des lésions essentielles ne permet-elle pas de les rattacher étroitement l'une à l'autre,

Nous nous proposons donc ici de justifier l'existence de cette paralysie générale sénile caractérisée par des lésions inflammatoires, en nous appuyant sur des faits qui, bien que peu nombreux encore, suffisent, nous semble-t-il, à entraîner toute

[1] *Recherches statistiques, étiologiques et cliniques sur la paralysie générale à l'Asile de Blois.* Mémoire déposé à la Société médico-psychologique, décembre 1904.

conviction. Nous limiterons nos recherches aux cas seuls de paralysie générale dont les manifestations premières ont été constatées au voisinage ou à partir de la soixantième année. De la sorte, nous éliminerons même les paralysies générales dont la date d'éclosion est nettement antérieure à la vieillesse et qui pourraient se prolonger jusque dans cette phase de la vie. Ainsi nous n'avons en vue que les cas de paralysie générale sénile dans l'acception limitative où les physiologistes admettent la vieillesse. Sans doute, une semblable division ne correspond pas toujours exactement à la réalité, et nous ne voulons pas méconnaître l'adage classique qui attribue à l'homme l'âge de ses artères. Mais si nous faisons abstraction de ces contingences pour nous en tenir à la règle, nous pourrons, croyons-nous, déterminer avec plus de fruit la place et l'aspect de la paralysie générale sénile.

Depuis la découverte de la paralysie générale, plusieurs auteurs ont cité au nombre de leurs malades quelques individus avancés en âge. Bayle[1], Calmeil[2], Parchappe[3], Baillarger[4] entre autres produisent des observations de ce genre, mais sans insister particulièrement sur elles. Pour la première fois en 1845, nous lisons sous la plume de Lunier[5] qu'à l'occasion de communications faites dans le sein de plusieurs Sociétés savantes de Paris, quelques praticiens émirent l'opinion qu'il y avait « une analogie évidente entre la paralysie générale des adultes et celle des vieillards ».

Sauze[6] écrit ensuite en 1854 : « Dans cette démence avec paralysie générale avec ou sans délire, on pourrait à la rigueur établir une division pour celle qui affecte les vieillards. Quelques différences dans l'étiologie, les symptômes et les lésions anatomiques sembleraient justifier cette distinction. Ce point exige toutefois de nouvelles recherches ». Et plus loin : « Nous ne faisons ici, ajoute-t-il, que signaler plutôt que décrire cette paralysie générale des vieillards ». Trélat[7] à son tour réserve quelques brèves allusions à cette dernière forme. Puis successivement Marcé[8], Krafft-Ebing[9] en font mention et s'efforcent surtout de préciser le diagnostic différentiel de la démence paralytique et de la démence sénile.

[1] Bayle, *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*. 1826.
[2] Calmeil, *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*. 1859.
[3] Parchappe, *Traité théorique et pratique de la folie*. 1841.
[4] Baillarger, *Ann. médico-psych.* 1850, octobre, p. 690.
[5] Lunier, *Ann. méd.-psych.* 1845.
[6] Sauze, *Ann. méd.-psych.* 1854.
[7] Trélat, *Ann. méd.-psych.* 1855.
[8] Marcé, *Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la démence sénile et sur les différences qui la séparent de la paralysie générale*. Paris, 1863.
[9] Krafft-Ebing, *Ann. méd.-psych.* N° 11, 1868.

« Nous sommes portés à croire, dit Hayem [1] en 1868, que dans certains cas de démence sénile, ceux surtout qui ont été marqués par des symptômes d'excitation maniaque, il existe un certain nombre de caractères pouvant faire admettre une périencéphalite très voisine de la paralysie générale. » A. Voisin [2] consacre dans son traité un chapitre à la paralysie générale sénile ; mais pour lui cette dernière forme ne présente qu'à un très léger degré les lésions de la paralysie générale vraie, en dépit de certaines similitudes cliniques qui les rapprochent. Elle lui apparaît, au contraire, comme essentiellement tributaire de l'athérome artériel plus ou moins généralisé.

Bientôt cependant, Baillarger [3], Cullerre [4], Rey [5] observent des malades chez lesquels, à l'examen macroscopique, on découvre les lésions dominantes, caractéristiques de la méningo-encéphalite diffuse subaiguë. Hirschl esquisse une étude sur la paralysie générale juvénile et la paralysie générale sénile [6]. Ainsi la vérité émergeait peu à peu du chaos. Mais il a fallu arriver à une époque toute récente pour que les incertitudes du passé puissent se dissiper. Les indications d'Alzheimer [7], les observations typiques de MM. Toulouse et Marchand [8], Marchand [9], Doutrebente et Marchand [10], Doutrebente, Marchand et Olivier [11], enfin une observation de M. Anglade [12], constituent à cette heure, nous semble-t-il, groupées avec les faits anciens, des éléments suffisants pour établir le classement que nous tentons aujourd'hui.

*
* *

L'existence de la paralysie générale des vieillards repose à nos yeux, sur cinq catégories de preuves, qui, quoique de valeur

[1] Hayem, *Thèse sur les encéphalites.* (Paris), 1868, page 96.

[2] A. Voisin, *Traité de la paralysie générale.* (1879), page 185.

[3] Baillarger, *Un cas de paralysie générale sénile* (*Ann. méd.-psych.*, 1879), p. 430, I, 6e série.

[4] Cullerre, *Ann. méd.-psych.*, mai 1882. *De la démence paralytique dans ses rapports avec l'athérome artériel.*

[5] Ph. Rey, *Un cas de paralysie générale tardive* (*Ann. méd.-psych.*, juillet 1882).

[6] Hirschl, *Beitræge zur Kentniss der progessive P. im jugendlichen Alter und im Senium* (d'après Ch. Thiry, *Paral. g. prog. du jeune âge*, p. 3).

[7] Alzheimer, *Zeitschrift für Psychiatrie*, LIX. 1. Congrès des médecins aliénistes allemands du Sud-Ouest (11 nov. 1901). *Psychiatrische Wochenschrift* (d'après M. Sérieux, *Rev. de psych.*, février 1903, p. 78). *Les formes atypiques de la paralysie générale.*

[8] Toulouse et Marchand, *Un cas de paralysie générale sénile* (Soc. méd.-psych., juillet 1903).

[9] L. Marchand, *Un cas de paralysie générale sénile associée à l'athéromasie* (Soc. méd.-psych., juin 1903).

[10] G. Doutrebente et L. Marchand, *Un cas de paralysie générale sénile* (Soc. méd.-psych., juin 1903).

[11] G. Doutrebente, L. Marchand et M. Olivier, *Paralysie générale tardive avec méningite scléro-gommeuse du lobule paracentral droit.* Congrès de médecine mentale, Rennes 1905.

[12] Anglade et Ducos, *Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 11 février 1906.

inégale les unes vis à vis des autres, ne laissent pas que de constituer par leur réunion un faisceau singulièrement probant. Ce sont :

1° les affirmations pures et simples de certains auteurs ;
2° des statistiques ;
3° des observations cliniques sans autopsie ;
4° des observations cliniques avec examen macroscopique ;
5° des observations cliniques avec examen macroscopique et microscopique.

Ces documents — on le voit — sont groupés d'après leur ordre d'importance croissante.

I. — Les divers traités et manuels de psychiatrie anciens et modernes — à quelques variantes près — sont unanimes à fixer l'âge de prédilection de la paralysie générale entre 30 et 55 ans. Quelques auteurs concèdent cependant qu'elle peut faire son apparition au-delà de cette dernière limite.

Pour Bayle, [1] elle est extrêmement fréquente de 25 à 50 ans ; mais sa proportion est beaucoup moindre depuis ce dernier âge jusqu'à soixante. De soixante à soixante-cinq, elle diminue de moitié, passé cette époque, elle devient de plus en plus rare. Rodrigues [2] signale dans son traité 3 vieillards au-dessus de 70 ans. D'après Calmeil [3] la paralysie générale est très commune de 35 à 55 ans, elle va ensuite en diminuant de fréquence jusqu'à 65 ans, époque de l'existence où elle est souvent remplacée par des encéphalites interstitielles à foyers circonscrits. Verga [4] dit qu'il n'est pas rare de voir la paralysie générale se manifester à une époque avancée de la vie. Et il cite à l'appui de cette opinion le cas d'un médecin qui en mourut à 70 ans. Mickle [5] assure qu'on la rencontre très rarement après 60 ans. Ball [6] reconnaissait également son peu de fréquence au-dessus de cet âge. Néanmoins dans une de ses leçons cliniques, il parle d'un paralytique général au début qui est âgé de 65 ans. « Il reste établi, écrit M. Christian [7] que la paralysie générale est une maladie de l'âge mûr. Elle frappe de 30 à 50 ans. Toutes les statistiques sont d'accord sur ce point. Les cas de paralysie générale précoce (avant 25 ans) ou tardive (après 60) restent absolument exceptionnels et ne doivent être admis qu'après une

[1] Bayle, *loc. cit. Traité des maladies du cerveau.*
[2] Rodrigues, *Traité de la paralysie générale chronique.* (1847).
[3] Calmeil, *Traité des maladies inflammatoires du cerveau.* (1859).
[4] Verga, *Ann. med. psych.* Mars 1873.
[5] Mickle, *Paralysie générale des aliénés.* 1880.
[6] Ball, *Leçons cliniques.*
[7] Christian, *Archives de Neurologie.* 1887.

critique sévère ». Krafft-Ebing [1] assigne comme limites habituelles à l'éclosion de la paralysie générale de 30 à 60 ans.

Magnan et Sérieux [2] considèrent que dans la majorité des cas, c'est de 30 à 45 ans qu'elle se montre. Après 60 ans la maladie devient rare, après 65 ans elle est exceptionnelle. « A partir de 55 ans — écrit à son tour Arnaud [3] — la paralysie générale devient vraiment rare ; en présence d'un sujet de cet âge, il convient de redoubler d'attention et de n'admettre le diagnostic de paralysie générale que sous le bénéfice d'un inventaire rigoureux et plusieurs fois répété. Plus sceptiqne encore que jamais, M. Christian [4] rejette les paralysies générales tardives et séniles. Sans être aussi absolu, M. Dupré [5] croit la paralysie générale extrêmement rare après 60 ans. M. Rogues de Fursac [6] estime qu'elle ne débute guère après 55 ans. Peut-être cependant — ajoute-t-il — certaines affections que l'on range un peu à la légère dans la démence sénile ne sont-elles que des paralysies générales à début tardif. Dans son ancien manuel de Psychiatrie, M. Régis [7] signalait déjà l'existence de ces dernières et dans son nouveau Précis, il leur consacre un important passage.

De cette revue historique rapide, il apparaît que les premiers auteurs élevaient considérablement la limite d'âge de la paralysie générale, tandis que vers la fin du siècle dernier on s'est appliqué au contraire à ramener l'âge maximum bien au-dessous. Cette divergence de vues trouve, nous semble-t-il, une explication rationnelle dans ce fait qu'à l'origine, la symptomatologie et l'anatomie-pathologique encore incomplètes et incertaines de la paralysie générale, pouvaient donner lieu plus aisément à des erreurs de diagnostic, d'où proportionnalité exagérée. Mais la réaction en sens inverse qui s'est produite ensuite a été excessive. On a abaissé vers 55 ans la date extrême de l'apparition de la paralysie générale — ce qui a permis de rejeter trop facilement dans les groupes des demences séniles et apoplectiques des cas qui relevaient de la méningo-encéphalite diffuse.

Toutefois on paraît revenir maintenant à des conceptions moins exclusives et plus proches de la vérité, lorsqu'on admet l'existence — sinon la fréquence — de la paralysie générale après 60 ans.

[1] Krafft-Ebing, 1888. *Traité clinique de Psychiatrie.*
[2] Magnan et Sérieux, *La Paralysie générale.* Collection Leauté, page 159.
[3] Arnaud, *Congrès de médecine mentale de Toulouse 1897.* Rapport de M. Arnaud.
[4] Christian, *Soc. méd. psych.* Février 1898.
[5] Dupré, *Traité de pathologie mentale.* 1903.
[6] Rogues de Fursac, *Manuel de Psychiatrie*, page 221.
[7] E. Régis, *Précis de Psychiatrie.* (Octave Doin). 1906, page 750.

II. — La paralysie générale a fait l'objet de nombreuses statistiques. Nous ne retiendrons ici que quelques-unes d'entre elles, suffisantes d'ailleurs pour nous édifier. On ne peut guère faire fond sur celles établies par Bayle [1], car on sait qu'il comprenait sous le nom de paralysie générale et incomplète, des affections souvent assez dissemblables par leurs lésions anatomiques. A titre d'indication seulement, nous rappellerons que sur 182 malades de cette catégorie, il en comptait 21 âgés de 60 à 80 ans.

Marcé [2] relève, pour sa part, sur 300 paralytiques généraux, 3 malades de 60 à 65 ans, et 4 de 66 à 70, soit 2,3 %.

Bouchereau et Magnan [3] ont vu passer en deux années au bureau d'admission (1870-1871) : 73 hommes et 24 femmes paralytiques âgés de 50 à 60 ans ; 15 hommes de 60 à 70 ans.

Christian et Ritti [4], dans une statistique de Charenton portant sur cinq années ont trouvé 196 paralytiques généraux dont 23 échelonnés de 50 à 60 ans, mais aucun au-dessus.

Magnan et Sérieux [5] se référant aux statistiques du bureau d'admission de Sainte-Anne, pendant sept années (1886-1892), observent que sur 2058 paralytiques généraux, il s'est présenté :

199 hommes	et	67 femmes	âgés	de	51 à 60 ans
17 »	et	5 »	»		61 à 70 ans
2 »	et	1 »	»		71 à 80 ans

Cela fait donc un total de 25 paralytiques généraux âgés de plus de 60 ans, c'est-à-dire 1,2 %.

A l'asile du Comté de Clamorgan [6] (Amérique), il est entré 700 paralytiques généraux de 1867 à 1896, dont 574 hommes et 128 femmes. Or on compte 14 femmes et 51 hommes de 50 à 59 ans ; 1 femme et 8 hommes au-dessus de 60 ans ; ce qui représente 9 paralytiques généraux séniles pour 700, soit 1,28 %.

Serge Soukhanoff et Pierre Gannouchkine [7] ont vu passer en quelques années à la clinique psychiatrique de Moscou 673 paralytiques généraux. Parmi eux, il y en a 1,93 % âgés de 55 à 60 ans, et 0,45 % au dessus de 60 ans.

MM. A. Vigouroux et Laignel-Lavastine [8] ont constaté que

[1] Bayle. *Loco citato.*
[2] Marcé, cité par Christian et Ritti. *Dict. encyclop. des sc. méd.* Art. Para. gén. t. XXI, p. 13.
[3] Bouchereau et Magnan. *Ann. méd. psych.* 1872.
[4] Christian et Ritti. *Dict. encyclop. des sc. méd.* Art. Paral. gén., t. XXI, p. 13.
[5] Magnan et Sérieux. *La Paralysie générale. Encyclopédie Leauté*, page 158.
[6] *Ann. méd. psych.*, 1903.
[7] Serge Soukhanoff et Pierre Gannouchkine. *Arch. de neur.*, t. XIV, 1902.
[8] Vigouroux et Laignel-Lavastine. *Congrès annuel de médecine mentale.* Bruxelles, 1903.

sur 259 paralytiques généraux, 12 étaient morts de 60 à 65 ans.

A notre tour[1], nous avons dressé l'an dernier la statistique des paralytiques généraux admis à l'asile de Blois en 21 ans. On en compte en tout 139 dont 3 âgés de 60 à 70 ans, c'est-à-dire 2,2 %.

Ces divers renseignements statistiques concordent donc assez parfaitement avec les opinions des auteurs que nous avons précédemment enregistrées. S'ils ne nous éclairent pas sur la date de début de la maladie d'une façon sûre, au moins ont-ils une valeur d'indication qu'on ne doit pas méconnaître.

* * *

III. *Observations cliniques sans autopsie.* — Nous avons tenu à mentionner ces cas qui — malgré l'absence de toute nécropsie — méritent d'être pris en considération à raison de leur grande analogie clinique avec le syndrome paralytique classique. Nous les donnons résumés :

Observation 1 (due à M. Doutrebente). — C. A. 62 ans, veuf, ancien entrepreneur.

Début, 60 ans. — Mort, 63 ans dans marasme paralytique.

Antécédents héréditaires inconnus.

A l'origine, mauvaise gestion de ses affaires, puis démence. Idées absurdes de richesse, de grandeur. Parfois idées hypocondriaques et de persécution. Excitation fonctionnelle. Embarras de la parole. Marche hésitante. Tremblements légers de la langue et des mains. Réflexes rotuliens abolis. Myosis avec légère inégalité pupillaire. Evolution : Affaiblissement psychique et physique progressif.

Observation 2 (due à M. Doutrebente). — G. A., 60 ans, célibataire, marchand de bois, illettré, entre à l'asile en avril 1895. Transféré en juillet 1895 dans un autre asile. *Début récent. Antécédents héréditaires et perso*nnels mal connus.

Mémoire défectueuse. Affaiblissement des facultés intellectuelles. Idées incohérentes de richesse et de grandeur. Embarras de la parole. Tremblement des mains. Inégalité pupillaire. Attaque congestive en juin qui ne laisse pas de trace.

Observation 3 (due à M. Doutrebente). — R. Ch., 63 ans, marié vigneron, instruction élémentaire.

Début, 60 ans. — Mort, 64 dans la cachexie paralytique, janvier 1897.

Antécédents héréditaires : père, rien ; mère, tuberculeuse.

Antécédents personnels : Syphilis à 20 ans, sobriété, bonne santé générale, 8 enfants normaux, contrariétés domestiques.

Depuis lors, faiblesse musculaire des membres inférieurs. Délire mélancolique avec idées de ruine et refus des aliments. Puis bientôt après excitation maniaque. Idées de richesse et de persécution. Peu à peu affaiblissement intellectuel. Amnésie de fixation et de reproduction. Idées incohérentes de satisfaction, de richesse, de grandeur et de

[1] M. Olivier. *Loco citato.*

Pas trace de syphilis. Cercle péricornéen. Fonctions organiques normales.

Embarras de la parole. Tremblement fibrillaire des muscles des lèvres. Ecriture tremblée. Instabilité dans la marche.

Myosis et déformation des pupilles. Réflexes tendineux diminués à droite, un peu exagérés à gauche.

— Affaiblissement intellectuel s'accentue avec idées ambitieuses vagues.

Excitation par intervalles.

Observation 7. — Nous pouvons signaler enfin le cas d'un malade âgé aujourd'hui de 63 ans révolus et qui, en l'espace d'un an, a fait successivement l'objet de certificats rédigés par MM. Legras, Magnan, Legrain, Dagonet, Trénel, Bonnet, Vernet. Il est actuellement interné à Sainte-Catherine (Allier), et c'est au docteur Vernet que nous devons la relation brève de cette observation.

Ce malade, jadis hospitalisé à Nanterre — ancien alcoolique — a présenté il y a près d'un an, un accès aigu avec affaiblissement intellectuel, hallucinations, divagation, insomnie, tentative de suicide, accidents épileptiformes, étourdissements. Puis dès le mois d'août 1905, on remarquait outre l'affaiblissement mental, excitation, loquacité, exhubérance, idées de satisfaction. Inégalité et déformation pupillaires. Tremblements de la langue et des mains. Embarras de la parole. Aujourd'hui même état avec gâtisme en plus.

IV. *Observations cliniques avec autopsie macroscopique seule.* — Nous n'avons ni la prétention, ni la possibilité de rapporter ici tous les cas de ce genre qui se trouvent dans la littérature médicale. Nous avons retenu seulement ceux qui — à notre connaissance — paraissaient le moins discutables et nous en fournirons une succincte analyse :

Observation 1 [1]. — J. M. E., capitaine d'infanterie retraité, 62 ans.

Début mars 1818. Mort février 1819.

Antécédents héréditaires. Vesaniques et congestifs.

Antécédents personnels. Syphilis inconnue. Excès de boisson.

Début marqué par attaque apoplectique avec hémiplégie du côté droit, retour progressif des mouvements. Affaiblissement graduel des facultés intellectuelles. Idées délirantes de richesse et de grandeur. Embarras de la parole, etc. Escharres sacrés et trochantériennes. Mort dans l'état apoplectique.

Examen macroscopique. Adhérences des méninges molles au cortex. Opacité, résistance, épaississement de ces membranes avec plaques blanchâtres. Sérosité très abondante, ventricules dilatés. Granulations ventriculaires.

Observation 2 [2]. — X., 66 ans, douanier marié. Début remonte à 5 mois. Mort à 66 ans.

Antécédents héréditaires vésaniques.

Antécédents personnels, alcoolisme.

Au début, délire hallucinatoire éthylique. Incohérence des propos. Idées de satisfaction, une fois le calme revenu. Abolition progressive

[1] Bayle. *Traité des maladies du cerveau* (1826), page 82.
[2] Parchappe. *Traité théorique et pratique de la folie*, page 174.

des facultés intellectuelles. Embarras de la parole de plus en plus accentué. Marche chancelante. Ictus apoplectique, et mort 10 jours après.

Examen macroscopique. Adhérences disséminées de la pie-mère au cortex. Mollesse générale de la couche corticale. Epaississement des membranes. Dilatation des ventricules. Sérosité sanguinolente. Atrophie de la moitié antérieure des hémisphères. Poids de l'encéphale 1.125.

OBSERVATION 3 [1]. — X., 62 ans, instituteur, célibataire. Durée 2 ans et quelques mois. Mort dans attaque apoplectique.

Antécédents héréditaires et personnels inconnus.

Préoccupations hypocondriaques, idées de persécution, puis idées de contentement. Affaiblissement intellectuel. Congestion cérébrale, troubles moteurs, sentiments de vanité ; congestions cérébrales se répétant jusqu'à la mort.

Examen macroscropique. Epaississement disséminé des membranes. Adhérences disséminées des membranes au cortex. Excavations dans une couche optique et kystes hémorragiques dans l'autre. Lobes antérieurs du cerveau atrophiés. Poids de l'encéphale, 1.480.

OBSERVATION 4 [2]. X., 70 ans, marié, percepteur. Début vers 66 ans.

Antécédents héréditaires et personnels inconnus.

Perte d'argent. Comptabilité irrégulière et erronée. Idées de vol et de richesse. Incohérences. Amnésie. Affaiblissement intellectuel. Embarras de la parole. Incertitude de la marche. Mort dans ictus apoplectique.

Examen macroscopique. Epaississement des membranes. Adhérence de la pie-mère au cortex. Sérosité très abondante. Dilatation des ventricules latéraux. Amincissement des lobes antérieurs.

Poids de l'encéphale, 1.310.

OBSERVATION 5 [3]. — X., 62 ans, mariée, ouvrière. *Début à 61 ans.* Morte à 62 par entérite.

Antécédents héréditaires et personnels inconnus.

Accès maniaque, fausse rémission. Nouvel accès avec déficience intellectuelle. Incohérences, embarras de la parole, gâtisme. Seconde fausse rémission. Démence s'accentue. Eschares sacrées.

Examen macroscopique. Epaississement, opacité des membranes. Adhérences des méninges au cortex. Ventricules dilatés. Granulations ventriculaires.

Poids de l'encéphale, 1.368.

OBSERVATION 6 [4]. — M. V., marié, ancien négociant. Début à 63 ans. Mort à 65 ans 3 mois dans le marasme.

Antécédents héréditaires vésaniques.

Antécédents personnels. Pas de syphilis avouée ou reconnue. Bonne santé générale. Violent chagrin, accès mélancolique durant 17 mois. Puis apathie, embarras de la parole. Démarche moins assurée. Excitation maniaque avec excès de boissons et consécutivement poussée d'éthylisme mental. Aggravation progressive de tous les symptômes.

Examen macroscopique. Membranes épaissies, lactescentes, adhérentes à la substance corticale. Infiltration séreuse.

Dilatation avec sclérose des parois du cœur.

[1] PARCHAPPE. *Traité théorique et pratique de la folie*, page 226.
[2] — id. page 229.
[3] — id. page 235.
[4] CALMEIL. *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, page 319.

OBSERVATION 7 [1]. — X., femme. 60 ans environ. Début à 59 ans. Morte à 60.

Antécédents héréditaires et personnels inconnus.

Etourdissements, céphalalgie. Agitation. Affaiblissement intellectuel. Troubles moteurs et pupillaires ordinaires. Accentuation progressive des phénomènes moteurs.

Examen macroscopique. Opacité et épaississement des méninges. Adhérences de celles-ci au cortex. Mollesse de la couche corticale Rien dans la substance blanche. Cervelet congestionné. Moelle athrophiée. Rien dans les viscères.

OBSERVATION 8 [2]. — Femme X. 66 ans. Début ignoré.

Antécedents héréditaires et personnels inconnus.

Etourdissements. Affaiblissement intellectuel. Démence pure. Puis au bout de 6 mois, troubles moteurs classiques. Affaiblissement général augmente. Amaigrissement. Grabataire. Escharre sacrée. Morte dans le marasme après 2 ans de séjour.

Examen macroscopique. Opacité de l'arachnoïde. Adhérences des méninges au cortex dans l'hémisphère droit. Consistance normale du cerveau sauf dans les lobes moyens où elle est faible. Sérosité modérée Ventricules latéraux dilatés avec granulations. De même dans le quatrième ventricule. Foyers hémorragiques dans les corps striés. Athérome de l'aorte. Dilatation des artères de la base. Anévrisme des carotides primitives, etc.

OBSERVATION 9. — Femme D. [3]. 60 ans, bouchère.

Aucun renseignement sur le début de la maladie et les antécédents. Démence simple. Troubles moteurs et pupillaires habituels. Plusieurs attaques congestives sans accident consécutif. Morte dans le marasme au bout d'un an et demi.

Examen macroscopique. Adhérences généralisées de la pie-mère au cortex. Sérosité ventriculaire abondante. Granulations épendymaires. Atrophie des hémisphères. Poids de l'encéphale, 1000 gr. Poids des deux hémisphères, 860. Dilatation des vaisseaux de la base avec athérome disséminé.

OASERVATION 10. — P. C. [4]. 72 ans, représentant de commerce.

Début à 64 ans. Mort à 72 avec troubles intestinaux fébriles.

Antécédents héréditaires et personnels inconnus.

Attaques congestives à 64 ans et à 67 ans avec accidents paralytiques passagers. Nouvelle attaque en juin 1880. Agitation. Affaiblissement intellectuel. Idées de richesse. Embarras de la parole. Inégalité pupillaire, etc.

Examen macroscopique. Opacité et épaississement des méninges avec trainées nacrées. Adhérences des méninges molles au cortex. Substance grise ramollie. Induration de la substance blanche. Sérosité ventriculaire abondante. Granulations épendymaires très développées.

***

V. *Observations cliniques avec examen macroscopique et microscopique.* — Nous possédons cinq cas de cette catégorie

[1] BAILLARGER. *Ann. medico-psych.* Juillet 1850.
[2] BAILLARGER. *Ann. medico-psych.* 1879.
[3] CULLERRE. *Ann. medico-psych.* 1882. Mai, page 390.
[4] PH. REY. *Ann. medico-psych.* 1882. Juillet, page 70.

dont 4 ont déjà été publiés assez récemment et un autre que nous devons à l'obligeance de M. Anglade. Nous les reproduisons sous une forme très abrégée :

OBSERVATION 1. — D.[1]. 65 ans. Marié, commissionnaire.
Début remonte à quelques années. Mort à 65 ans.
Antécédents héréditaires. Rien de saillant.
Antécédents personnels. Syphilis constatée, mais niée. Sobriété céphalée, vertiges, ictus apoplectique. Affaiblissement intellectuel. Vagues idées de satisfaction. Affectivité diminuée. Signes moteurs et pupillaires habituels. Réflectivité modifiée. Agitation. Embonpoint. Albuminurie.
Examen macroscopique. Lésions classiques. Bulbe et cervelet, 185 gr. Hémisphères, 1.025 gr.
Pas d'athérome des artères de la base. Athéromasie de l'aorte ascendante. Reins scléreux.
Examen microscopique. Pie-mère épaissie. Nombreuses cellules embryonnaires. Dans l'écorce : atrophie et pigmentation cellulaire. Diminution des cellules pyramidales. Diapédèse. Prolifération névroglique. Démyélinisation. Fibres tangentielles disparues par places. Corps hyaloïdes, etc.

OBSERVATIONS 2[2]. — L... 60 ans, fille-mère. Ancienne domestique. Début incertain. Morte à 63 ans.
Antécédents héréditaires. Peu connus.
Antécédents personnels. Syphilis reconnue à l'examen, mais niée par la malade. Affaiblissement intellectuel remontant à une date imprécise. Il y a quelques mois attaque apoplectique sans accident consécutif. Idées ambitieuses. Troubles moteurs et pupillaires. Ictus épileptiques. Indifférence. Idées vagues de persécution. Sensibilité générale et sens spéciaux atteints. Réflectivité exagérée. Force musculaire diminuée à gauche. Gâtisme. Cours progressif de la maladie.
Examen macroscopique. Lésions classiques. Poids des hémisphères 930. Bulbe et Cervelet : 170 gr. Foyer de ramollissement dans le pédoncule cérébelleux supérieur gauche. Athéromasie des artères sylviennes.
Examen microscopique. Lésions inflammatoires identiques à celles de l'observation précédente.

OBSERVATIONS 3[3]. — R... 72 ans, veuve. Fruitière. Début récent. Morte à 73 ans dans accès épileptiques.
Antécédents héréditaires inconnus.
Antécédents personnels. Excès de boissons. Pas de syphilis connue ou retrouvée à l'examen. Affaiblissement intellectuel. Accès épileptiformes fréquents. Après l'un d'eux : aphasie motrice et sensorielle. Agraphie. Troubles moteurs, pupillaires ordinaires. Réflectivité exagérée. Excitation. Meurt au bout d'un an au milieu d'accès épileptiformes.
Examens macroscopique et *microscopique.* Méningo-encéphalite diffuse. Athérome des artères de la base. Hypertrophie du cœur. Plaques d'athérome sur les coronaires. Poids des hémisphères 1007 gr. Bulbe et Cervelet 115 gr.

[1] G. DOUTREBENTE et L. MARCHAND. *Soc. medico-psych. Juin 1903.* Un cas de paralysie générale sénile avec examen histologique.
[2] E. TOULOUSE et L. MARCHAND. — Un cas de paralysie générale sénile. *Soc. médico-psych.* Juillet 1903.
[3] L. MARCHAND. — Un cas de paralysie générale sénile associée à l'athéromasie cérébrale. *Soc. méd. psych.* Juin 1903.

OBSERVATIONS 4 [1]. — B... 64 ans, marié. Clerc de notaire.

Début 63 ans. Mort à 64 ans dans marasme paralytique.

Antécédents héréditaires : rien.

Antécédents personnels. Syphilis à 40 ans, avouée, mais non retrouvée à l'examen. Excès alcooliques. Affaiblissement intellectuel. Idées de grandeur et de richesse. Troubles moteurs habituels. (Intermittence de la dysarthrie au début). Troubles des pupilles. Troubles des réflexes. Accentuation progressive des symptômes. Amaigrissement rapide. Agitation.

Examen macroscopique. Lésions classiques. Pas la moindre plaque d'athérome. Poids des hémisphères 1000 gr. Bulbe et Cervelet 170 gr.

Examen histologique. Lésions classiques de la paralysie générale dans tout le cortex. Méningite scléro-gommeuse du lobule paracentral droit.

OBSERVATIONS 5 [2] (due à M. Anglade). — (Résumé clinique de M. Jacquin). Veuve X... 60 ans. Tailleuse. Début à 59 ans. Morte à 61.

Antécédents héréditaires. Rien à signaler.

Antécédents personnels. Pas de renseignements sur la syphilis. Pas d'excès alcooliques. Démence. Idées de satisfaction, de richesse, de grandeur. Troubles moteurs. Réflexes vifs. Tremblements. Troubles de la parole. Troubles urinaires. Cytodiagnostic très positif. Ictus épileptiformes. Eschares. Mort.

1° *Résumé macroscopique.* Lésions classiques de la paralysie générale. Pie-mérite. Adhérences méningo-corticales. Granulations épendymaires. Atrophies des lobes frontaux, etc. Poids total de l'encéphale 1130 gr. Athéromasie des artères cérébrales, surtout des sylviennes. Cervelet, Bulbe, Protubérance : lésions moins accusées.

2° *Résumé microscopique.* Epaississement de la névroglie corticale et son adhérence à la pie-mère infiltrée. Surabondance, activité nucléaire. volume excessif des astrocytes. Infiltration nucléaire péri-vasculaire, Présence de cellules en bâtonnets. Hyperplasie névroglique bulbaire. Sclérose corticale du cervelet.

*
* *

Ces trois variétés d'observations — malgré leur petit nombre et l'imperfection de quelques unes d'entr'elles — suffisent à déterminer la paralysie générale des vieillards et nous croyons qu'on peut d'ores et déjà en esquisser à grands traits l'aspect général.

ETIOLOGIE. — La paralysie générale sénile survient surtout de 59 à 64 ans, elle tend ensuite à diminuer beaucoup, après cette époque. Elle atteint le sexe féminin à peu près dans les mêmes proportions qu'on retrouve chez les adultes pour la population ouvrière des villes, soit le 31,8/100. En un mot elle serait environ 3 fois plus fréquente chez l'homme

[1] DOUTREBENTE, L. MARCHAND et M. OLIVIER. — Paralysie générale tardive. Méningite scléro-gommeuse du lobule paracentral droit. Congrès de Rennes, août 1905.

[2] ANGLADE et DUCOS. — Voir *Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 11 février 1906.

que chez la femme. Mais nos cas ne sont pas comparables entre eux, car les malades appartiennent à des moments différents de la civilisation, à des milieux professionnels et sociaux disparates. Toutefois une remarque mérite d'être faite : les hommes proviennent ici en général des milieux aisés et cultivés, tandis que les femmes sont toutes d'origine populaire.

a) *Hérédité.* — Il est bien malaisé de se former une opinion assise à cet égard. Sur 22 malades en effet, nous ignorons les antécédents familiaux de 12. Pour les dix autres, 7 n'offrent aucune particularité intéressante, 2 ont une hérédité vésanique, un autre enfin une hérédité à la fois congestive et vésanique. Il y a lieu de supposer que l'influence héréditaire ne se fait que rarement sentir chez ces malades qui ont pu parvenir indemnes jusque vers le terme final de l'existence.

b) *Antécédents personnels.* — Les causes personnelles auxquelles on peut imputer à des degrès divers l'origine de l'affection se réduisent à la syphilis, à l'alcoolisme, au surmenage, aux shocs moraux. Et encore ne connaissons-nous que les antécédents de 10 malades sur 22. La syphilis a été avouée 3 fois et reconnue à l'examen deux fois. Deux malades atteints de la vérole à 18 et 20 ans sont devenus paralytiques généraux l'un à 62 ans, l'autre à 60. Le premier, il est vrai, avait eu par surcroit dans son enfance, la fièvre jaune, le scorbut, la fièvre intermittente. Un troisième — outre ses excès alcooliques — contracte la syphilis à 40 ans et commence sa paralysie générale à 63 ans. L'éthylisme est constaté seul dans trois observations. Les chagrins, le surmenage sont indiqués dans les autres. Ainsi le rôle de la syphilis qu'elle soit associée ou non à d'autres causes paraît être prépondérant. Sur nos 10 cas, 5, c'est-à-dire la moitié est attribuable à la syphilis. Ce chiffre correspond sensiblement à la moyenne que l'on admet généralement pour l'ensemble des paralytiques généraux et qui s'élève à 52,5 0/0[1]. Enfin nous devons faire observer que d'une façon générale, ces malades ont joui durant leur existence d'une bonne santé et que rares sont ceux qui ont été soumis à des causes débilitantes multiples.

SYMPTOMATOLOGIE. — Elle offre une profonde analogie avec celle des paralytiques généraux adultes. Le début de l'affection est le plus souvent marqué par l'affaiblissement intellectuel avec ou sans idées délirantes. Plus rarement, c'est une attaque congestive qui ouvre la scène, suivie fréquemment de troubles moteurs immédiats, mais temporaires d'habitude.

[1] MARCHAND. — *Du rôle de la syphilis dans les maladies de l'Encephale*, page 108.

Dans quelques cas une céphalalgie persistante est l'un des signes prodromiques les plus lointains.

La forme démente simple se rencontre avec presque autant de fréquence que les formes délirantes. Ces dernières ne se distinguent pas des formes admises dans la paralysie générale de l'adulte (formes maniaque, dépressive, circulaire, etc.). Toutefois chez le vieillard les idées délirantes paraissent peut-être moins riches et moins variées ; de plus elles ont trait, dans un certain nombre de cas, à des idées de vol et de persécution qui sont l'apanage ordinaire des déments séniles. Or le cerveau s'atrophiant normalement aux approches de la vieillesse ou tout au moins étant devenu plus vulnérable, il n'est pas illogique de penser que le processus inflammatoire par son action sur le terrain primitif de la vieillesse, a donné au délire et à son contenu une allure un peu spéciale.

Les illusions et les hallucinations sont signalées quelquefois, mais elles sont le résultat d'intoxications surajoutées plus ou moins récentes.

Nous passons sur la plupart des signes somatiques qui sont classiques. Les ictus congestifs ou apoplectiques sont notés assez souvent ; ils ne laissent pas de trace ou déterminent parfois des accidents parétiques peu profonds et de courte durée. Les ictus épileptiformes nous ont paru rares (4 cas sur 22) comparativement à ce qui se produit chez le paralytique général adulte. Quelques malades sont sujets à des vertiges.

Enfin, fait intéressant à relever, une malade a présenté de la surdité verbale coïncidant avec des lésions microscopiques portant surtout sur la première temporale gauche.

Marche. Durée. Mort. — Dans aucun des cas suivis jusqu'au bout, on ne constate ni arrêt, ni rémission véritable de la maladie; nous n'avons pu trouver de tableau indiquant le pourcentage des rémissions vraies chez l'adulte, ce qui aurait permis d'établir un rapport à ce sujet entre les deux formes.

L'affection a évolué progressivement vers la mort avec aggravation habituelle de tous les symptômes et cela dans un assez court laps de temps. La moyenne de la durée a été de 2 ans 5 mois, si nous nous en rapportons aux 11 cas où la date de début était approximativement connue et l'époque du décès précisée. Un malade est mort au bout de 11 mois. Un autre a mis 7 à 8 ans à parcourir le cycle.

— Les causes de la mort sont les mêmes que chez les adultes: marasme, attaque apoplectique, attaque épileptiforme, entérite, pneumonie hypostatique etc.

ANATOMIE-PATHOLOGIQUE. — Un même processus anatomique du cortex, plus ou moins étendu, mais localisé surtout dans les régions antérieures du cerveau : la méningo-encéphalite diffuse subaiguë, est donc le substratum de la paralysie générale des adultes et de celles des vieillards. Il se traduit en général macroscopiquement par l'atrophie des lobes antérieurs et la diminution de poids des hémisphères. Nous aurions voulu comparer les poids de l'encéphale de nos paralytiques généraux séniles successivement à ceux des paralytiques généraux adultes, des déments séniles, des vieillards, mais tous les auteurs dont nous avons relevé les observations n'ont pas exécuté les pesées et ceux qui l'ont fait n'ont pas employé les mêmes méthodes, d'où l'impossibilité d'établir des rapprochements fructueux. Nous signalerons seulement à titre d'indication 4 femmes dont le poids encéphalique est comparable (obs. 9 paragraphe IV, obs. 2, 3, 5 paragraphe V).

Obs. 9 (IV)	1000	Moyenne 1088
Obs. 2 (V)	1100	
Obs. 3 (V)	1122	
Obs. 5 (V)	1130	

Or Manouvrier[1] estime que la moyenne du poids de l'encéphale du vieillard (au-delà de 60 ans) est chez la femme de 1162 gr. M. Marchand[2] a trouvé qu'elle était de 1105 gr. dans la paralysie générale de la femme adulte et de 1093 gr. 41. dans les démences séniles. A s'en tenir à ces renseignements, il semblerait donc que dans la paralysie générale sénile de la femme, l'atrophie de l'encéphale atteint son maximum.

— Le cervelet et la moelle sont en général indemnes ; parfois cette dernière présente des région sclérosées.

— Les autres organes (poumons, cœur, tube digestif, foie, reins), n'offrent le plus souvent que des lésions variées et communes. A noter cependant l'atrophie fréquente des organes thoraciques et abdominaux.

Dans quelques cas, on peut observer une artério-sclérose plus ou moins étendue, siégeant en divers points de l'arbre artériel; l'autopsie de paralytiques généraux adultes révèle d'ailleurs des faits analogues.

DIAGNOSTIC. — La paralysie générale sénile a les mêmes caractères généraux que celle des adultes. Cependant, une analyse même serrée des symptômes, ne permet pas toujours, en

[1] MANOUVRIER. — *Traité d'anatomie humaine*, Poirier. Tome III, 2e fascicule page 621.

[2] L. MARCHAND. — Poids de l'encéphale dans la paralysie générale et la démence sénile. *Bulletin de la Société Anatomique*, n° 1. Janvier 1903. Paris.

raison de l'âge où elle survient, de la distinguer de certains syndrômes voisins tels que la démence organique, la démence sénile, la paralysie générale atypique de Lissauer et surtout la pseudo-paralysie générale arthritique. Marcé, Krafft-Ebing, A. Voisin, Klippel et d'autres auteurs encore se sont efforcés de grouper les signes de la démence organique et de la démence sénile.. Aussi à l'heure actuelle peut-on les reconnaître le plus souvent.

Les idées délirantes plus ou moins confuses de vol et de persécution qui existent chez certains paralytiques généraux séniles pourront en imposer un instant pour une démence sénile, mais le véritable diagnostic ne tardera pas à se faire.

Quant à la forme mal caractérisée décrite par Lissauer, Alzheimer [1] avoue l'extrême difficulté qu'il y a à la discerner de la paralysie générale sénile. Elle procèderait surtout par ictus répétés avec symptômes consécutifs à des lésions corticales. La démence serait moins globale et mettrait longtemps à devenir profonde.

Mais l'erreur la plus fréquente consiste à prendre une paralysie générale athéromateuse pour une paralysie générale sénile ou inversement [2]. On a donné sans doute comme un des signes les plus sûrs de la paralysie générale arthritique la constatation clinique — à côté du syndrôme paralytique — d'une artério-sclérose frappant d'une manière plus ou moins étendue les artères viscérales et superficielles. Cette notion est certes fort précieuse, mais encore commande-t-elle les plus sages réserves. Vers la vieillesse en effet ces altérations artérielles sont bien communes et on les rencontre même assez accentuées chez nombre de gens qui n'ont jamais présenté à aucun degré le syndrôme paralytique.

De plus, on sait combien cette sclérose se développe d'une façon en quelque sorte capricieuse [3] sur le réseau circulatoire ; et par suite il paraît excessif d'inférer une athéromasie cérébrale du fait qu'on a pu constater chez le même sujet de l'artério-sclérose des temporales, des radiales ou de la sclérose du myocarde. C'est ainsi que dans notre observation 1 (paragraphe V), nous voyons les artères cérébrales indemnes d'athéromasie alors que l'examen clinique avait fait reconnaître cependant des lésions scléreuses des reins et du cœur retrouvées à l'autopsie.

Ajoutons d'ailleurs que la présence de quelques plaques athé-

[1] ALZHEIMER. *Sur les formes atypiques de la paralysie générale. Zeitschrift für Psychiatrie.* Bd. LIX.
[2] KLIPPEL. *La pseudo-paralysie générale arthritique. Rev. de psych.* 1899, p. 357. Klippel. *Histologie de la paralysie générale.* Congrès annuel de Médecine mentale de Bruxelles (1903), p. 175.
[3] BRAULT. *Arthrites et Sclérose. Encyclopédie Léauté.*

romateuses sur les grosses artères cérébrales ne saurait engendrer la pseudo-paralysie générale arthritique, ainsi qu'en font foi les nécropsies journalières. Bien plus, M. Toulouse [1] ne croit pas « qu'il suffise de lésions athéromasiques de quelques vaisseaux de l'encéphale (juxtaposées à des lésion inflammatoires) pour créer une forme associée (forme décrite par M. Klippel), car, dit-il, dans les cas inflammatoires types, il est bien rare de ne pas trouver quelques altérations de nature dégénérative, quelques dégénérescences hyalines des parois vasculaires ».

Certains auteurs, dont M Klippel [2], pensent, il est vrai, que cette athéromasie cérébrale discrète, partielle, peut au moins favoriser le développement d'une méningo-encéphalite diffuse. Celle-ci serait une lésion secondaire, surajoutée qui se grefferait sur le cerveau arthritique plus fragile. C'est une explication ingénieuse, mais qui est loin d'être démontrée. Ne pourrait-on pas admettre aussi — dans certains cas — que l'athéromasie cérébrale et les lésions inflammatoires ont une commune origine. L'infection syphilitique peut créer en effet par exemple l'athéromasie cérébrale [3] d'une part, les lésions inflammatoires de l'autre. Pourquoi n'exercerait-elle pas à la fois — lentement — cette double action.

Remarquons que dans la majorité des cas que nous avons rapportés l'athéromasie cérébrale n'est pas mentionnée et que — par suite — la méningo-encéphalite a pu très bien se produire sans elle.

Aussi, quand cette athéromasie discrète coexiste avec des lésions inflammatoires caractéristiques, il n'y a dans ces faits qu'une pure coïncidence et la méningo encéphalite garde toute sa valeur. Il résulte de toutes ces considérations qu'on doit être très circonspect avant de faire le diagnostic ferme de pseudo-paralysie générale arthritique ou de paralysie générale vraie. L'âge, les signes d'artério-sclérose et parfois même l'intermittence de la dysarthrie ne suffisent pas pour écarter la possibilité d'une méningo-encéphalite diffuse à marche subaiguë.

[1] E. Toulouse. *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes*. Bruxelles 1903, p. 96.

[2] Klippel. *Les paralysies générales progressives* (1898). Monographie Critzman. *Rapport au Congrès des aliénistes et neurologistes*. Bruxelles 1903.

[3] Marchand. *Du rôle de la syphilis dans les maladies de l'Encéphale*. Doin, Ed. Paris, 1906, page 152.

FAITS ET OPINIONS

HALLUCINATIONS OBSÉDANTES

Par P. GIMBAL
Médecin-adjoint des asiles

Quand les hallucinations s'accompagnent des phénomènes caractérisques de l'obsession, c'est-à-dire de lutte, d'angoisse, d'irrésistibilité, de signes physiques d'émotivité pathologogique, de soulagement consécutif à l'accomplissement de l'acte, avec participation variable de la conscience, les hallucinations sont dites obsédantes.

Cette question des hallucinations obsédantes est déjà ancienne. La première période de leur histoire peut être dénommée *période de négation*, parce que, à ce moment, l'existence des hallucinations obsédantes n'est pas admise.

Falret, en effet, au congrès international de médecine mentale de 1889, dans la cinquième conclusion de son Rapport sur les obsessions avec conscience (intellectuelles, émotives, instinctives) est d'avis qu' « elles ne s'accompagnent jamais d'hallucinations ».

Charpentier, surpris de cette opinion, admet au contraire, qu'il existe « une variété d'hallucinations d'un seul sens, toujours le même, s'accompagnant toujours du cortège émotionnel avec intégrité de la conscience ». Les circonstances où elles se présentent sont « le début, la fin ou les intervalles du sommeil ». On les observe encore au début de l'intoxication cérébrale alcoolique, dans les autres intoxications. Elles peuvent se montrer tout à fait à la fin des délires infectieux, de certaines maladies générales ou locales aiguës.

Falret, répondant à Charpentier, rappelle que sa dernière conclusion est ainsi conçue : « Il arrive quelquefois, quoique cela soit rare, que les obsessions s'accompagnent du délire de persécutions ou de mélancolie anxieuse ». Les hallucinations peuvent donc s'observer dans ces formes mixtes, mais personne ne contestera en clinique, que les malades atteints d'obsessions avec conscience n'ont presque jamais d'hallucinations, et qu'en général les deux phénomènes s'excluent.

Cette dernière opinion est admise par la plupart des aliénistes, malgré une observation de Ballet [1], d'hallucinations verbales auditives conscientes et obsédantes, qu'il rapproche, des cas d'onomatomanie, et malgré les objections, un peu vagues peut-être, de Charpentier.

Mais bientôt Seglas [2] démontre, faits cliniques à l'appui, qu'il existe des obsessions hallucinatoires et des hallucinations obsédan-

[1] BALLET (*Archives générales médecine* 1888).
[2] *Annales médico-psychologiques*, 1892.

tes, et cette deuxième période de l'histoire des hallucinations obsédantes est *la période de démonstration*. Il distingue deux cas : 1° ou bien l'idée obsédante s'accompagne d'une hallucination qu'elle provoque (obsession hallucinatoire) ; 2° ou bien l'hallucination a une existence indépendante avec tous les caractères communs aux obsessions en général (hallucination obsédante). Elle est primitive et constitue à elle seule l'obsession.

Arnaud et Raymond [1] citent une observation, dans laquelle un obsédé, à hérédité inconnue, présente « des impulsions résultant habituellement d'une idée subite, très vive à ce point qu'elle s'objective presque, qu'elle ressemble à une hallucination ». Ils estiment que « c'est un premier degré de ces obsessions hallucinatoires dont Buccola, Tamburini et plus récemment Seglas ont rapporté des exemples ».

D'autres auteurs ont rapporté plusieurs observations d'hallucinations conscientes et obsédantes ; et reconnaissent que les hallucinations ont les caractères de l'obsession, irrésistibilité, pleine conscience, angoisse et se développent sur un terrain héréditaire.

Larroussinie [2] cite un cas d'hallucination ayant succédé à des obsessions.

Dans une *troisième période, période des pseudo-hallucinations*, il est admis que les obsédés peuvent présenter, non pas des hallucinations vraies, mais des pseudo-hallucinations.

Janet [3] estime que « les hallucinations des psychasthéniques ne sont pas complètes, et sont loin de présenter toutes les couleurs, tous les détails que l'on verrait dans un objet réel. Il en résulte qu'elles sont vagues et manquent de netteté.

Elles n'ont pas le plus souvent le caractère de l'extériorité si important dans la perception et dans les hallucinations complètes. Le fait le plus important, ce n'est pas que ces images manquent d'extériorité, c'est qu'elles manquent de réalité. Ce caractère très important se rattache au sentiment de la croyance, de la certitude.

Ces hallucinations présentent encore un autre caractère important, c'est qu'elles sont symboliques : elles ne sont pas constituées par la représentation d'un objet intéressant en lui-même, mais par l'évocation d'un signe qui résume une quantité d'autres pensées. La manie du symbole est si importante chez les psychasthéniques que nous ne pouvons l'étudier d'une manière incidente. Il suffit de signaler ce caractère qu'elle donne à l'hallucination ».

Ainsi donc, pour Janet, les psychasthéniques présentent des pseudo-hallucinations, symboliques « analogues aux pseudo-hallucinations de Kandinsky, aux hallucinations psychiques de Baillarger, Falret avait raison de faire observer qu'ils ne présentent pas d'hallucinations proprement dites ».

[1] *Annales médico-psychologiques* 1892.
[2] *Archives neurologie*, 1896.
[3] *Obsessions et Psychasthénie*.

Meuriot [1], s'inspirant des travaux de Janet, conclut « qu'il existe chez les obsédés des phénomènes hallucinatoires particuliers ».

Ces phénomènes correspondent à certaines des hallucinations psychiques de Baillarger et plus justement aux pseudo-hallucinations de Kandinsky.

Tous les sens peuvent être intéressés par les pseudo-hallucinations des obsédés.

Les pseudo-hallucinations les plus fréquentes sont celles de la vue.

Les pseudo-hallucinations des obsédés participent des caractères généraux des obsessions. Elles ne sont pas complètes ; elles sont vagues et imprécises. Elles manquent d'extériorité et plus encore de réalité. Elles sont symboliques ».

Il semble que ces phénomènes décrits sous le nom de pseudo-hallucinations ne ressemblent pas aux hallucinations véritables. Ce qui caractérise l'hallucination, par définition, c'est d'être nettement perçue. Par conséquent, ces phénomènes, qui ne le sont pas, qui manquent d'extériorité, de réalité, qui n'entraînent aucune conviction, ne sauraient être considérés comme des hallucinations. Tout au plus, méritent-ils d'être dénommés pseudo-hallucinations. Ce sont, en effet, de simples images, de simples représentations mentales, plus ou moins vives, images et représentations qui, chez certains sujets, prédisposés, peuvent se transformer en de véritables hallucinations.

L'existence des hallucinations liées aux obsessions ne saurait être mise en doute.

Pour s'en convaincre, il suffit de consulter les observations publiées par Seglas, Buccola, Tamburini, Stefani, Catsaras, Larroussinie. Ces auteurs établissent de façon indiscutable, que les obsédés peuvent présenter des hallucinations obsédantes conscientes. Par l'examen de nos observations personnelles, nous pensons qu'il peut même exister des hallucinations obsédantes inconscientes.

Après une étude rapide des hallucinations obsédantes conscientes, viendra celle, plus longue, des hallucinations obsédantes inconscientes.

***

HALLUNINATIONS OBSÉDANTES CONSCIENTES. — Séglas distingue les obsessions hallucinatoires dans lesquelles « l'hallucination succède à l'obsession et fait partie de la symptomatologie du syndrome », et l'hallucination obsédante, où l'hallucination « a une existence indépendante avec tous les caractères communs aux obsessions en général, où l'hallucination est primitive et constitue à elle seule l'obsession ».

Après avoir cité un cas d'obsession hallucinatoire « où l'hallucination succède à l'idée obsédante » il rapporte plusieurs observa-

[1] Thèse Paris, 1903. *Hallucinations des obsédés, pseudo-hallucinations.*

tions d'hallucinations obsédantes primitives, « constituant à elles seules l'obsession. »

Il convient de faire remarquer que tous les sujets atteints de ces hallucinations obsédantes primitives présentent une constitution idéo-obsessive, due à des causes héréditaires ou acquises, séparément ou simultanément, une émotivité pathologique marquée, et que certains d'entre eux, même, ont déjà eu des obsessions.

Seglas conclut ainsi :

1° L'hallucination ne doit pas être exclue du cadre des obsessions.

2° L'hallucination peut-être secondaire à l'idée obsédante (obsession hallucinatoire) ou être primitive (hallucination obsédante) mais dans tous les cas, elle participe des caractères généraux de l'obsession.

3° L'hallucination peut alors n'intéresser que les centres perceptifs communs.

4° Elle peut intéresser aussi les centres de la fonction langage et être verbale, auditive, visuelle, motrice d'articulation ou même motrice graphique.

5° Toutes ces hallucinations verbales, obsédantes et conscientes, doivent prendre place à côté des autres variétés déjà décrites d'onomatomanie.

Hallucinations obsédantes inconscientes. — De par l'analyse des trois observations personnelles suivantes, nous nous croyons autorisés à penser qu'il existe une catégorie d'hallucinations obsédantes inconscientes, c'est à dire prises, à un moment donné de leur évolution, ou même en tout temps, pour un phénomène réel.

La 1er observation concerne une malade qui, d'abord, présenta l'obsession suicide, consciente. Cette obsession, ensuite, s'extériorisa en une hallucination obsédante, motrice verbale, inconsciente, qui devint le point de départ d'un véritable délire, grâce à la débilité, au défaut de contrôle du jugement.

Observ. I. — Ad... 27 ans, repasseuse.

A. H., A. P. — Père buveur, atteint de fièvres intermittentes. Elle aurait eu la jaunisse à douze ans. Elle était, dès cette époque, sujette aux migraines.

Elevée chez les sœurs, avec des principes très religieux ; elle était très peureuse. Le soir, il lui semblait qu'il y avait des fantômes dans sa chambre. Elle n'osait pas sortir après la tombée de la nuit. Elle avait surtout peur des incendies. Quand elle assistait à un incendie, il « fallait la tenir. » Elle tremblait et claquait des dents. Actuellement, elle n'a plus cette peur. Elle avait encore une peur exagérée du tonnerre, quand il éclatait, elle se cachait dans un coin, et, à chacun de ses grondements, elle était prise de tremblements.

Elle se marie à 22 ans ; à 23 ans, elle termine bien une grossesse normale.

Elle porte des stigmates physiques de dégénérescence tels qu'asymétrie faciale, voute palatine ogivale.

Etat actuel. — Vers le mois de mai 1905, sans cause apparente, elle devient triste, sombre, incapable de travailler. On eût dit que « quelque

chose l'empêchait de travailler. » Elle n'a plus « de goût à rien, plus de volonté. » Elle est atteinte d'étourdissements, d'éblouissements. Pour se fortifier, elle fait des abus de boisson, d'eau de vie surtout, et, comme depuis quelque temps déjà, elle abusait d'alcool, elle présente des symptômes très nets d'éthylisme, (cauchemars, crampes.)

Cet état de dépression, traité par l'alcoolisme, dure un mois environ, quand, brusquement, elle a l'idée de se suicider, pour débarrasser son mari. Cette obsession suicide dure plusieurs jours, avec des exacerbations, des rémittences. Ad... lutte contre elle, en pensant à son enfant. Enfin, n'y tenant plus, elle avale tout le contenu d'un flacon de sirop de morphine, ce qui la plonge dans un sommeil long et profond. Réveillée, son obsession suicide reprend de plus belle, et l'on est obligé de la surveiller très attentivement. Elle se rend un compte exact de son obsession et comprend qu'il s'agit « d'une idée qui la pousse à se faire du mal et qui « est plus forte qu'elle. »

Quelques jours après cette tentative de suicide, l'obsession durant toujours, un homme rapporte chez son mari un tranchet, qu'il était venu emprunter, et le donne à la malade. A la vue de ce tranchet, elle est prise d'une émotion intense. On eût dit que tout craquait chez elle, qu'une malédiction entrait. Elle est prise de frisson. En même temps que cette angoisse l'étreint elle entend une voix qui lui dit : « Tue-toi avec ce tranchet. » Cette voix lui parle dans le côté gauche de la poitrine. Elle est de plus en plus forte, de plus en plus pressante. L'anxiété de la malade s'accentue. Sa respiration est pénible, elle souffre de palpitations de cœur. On eût dit qu'on l'« étranglait ». L'idée suicide s'impose de plus en plus, impérieuse. Cependant la malade lutte contre elle, en pensant à son petit garçon. Elle oppose à l'idée suicide l'idée de son devoir envers son enfant. Elle lutte ainsi un quart d'heure environ, puis, elle succombe à son obsession et se fait au bras gauche une profonde blessure. Désarmée aussitôt, elle éprouve un soulagement très relatif, car la même voix lui dit toujours : « Tue-toi avec le tranchet. » Si elle avait eu le tranchet à sa disposition, elle se serait, dit-elle, encore blessée. Depuis, l'idée suicide la poursuit toujours et partout. Jour et nuit, la même voix lui commande de se tuer. Cette voix est une voix forte, une voix d'homme. Elle parle dans son côté gauche, et monte jusque dans son gosier. Quand la malade est seule, quand surtout elle se trouve en présence du tranchet, la voix est plus forte, plus puissante. Pour lutter efficacement contre elle, la malade va causer chez sa voisine ou bien pense à son enfant mais elle est toujours comme poussée à se faire du mal. Quand elle voit le tranchet avec lequel elle s'est blessée, elle étouffe, elle est prise de palpitations de cœur et de tremblements par tout le corps, l'hallucination obsédante est impérative. Une fois, elle prend le tranchet, lutte contre l'idée suicide avec l'idée du devoir envers son enfant, et finalement cache le tranchet dans son matelas, pour mettre plus tard son projet à exécution. Lorsque ce tranchet, toujours le même, lui est enlevé, la voix lui commande de s'étrangler avec son drap ou de s'empoisonner avec de la morphine.

Deux semaines environ après sa tentative de suicide, la malade remarque qu'il n'arrive chez elle que des malheurs. Tantôt le feu prend à côté de sa maison, tantôt son mari se coupe avec son tranchet, on est piqué par des guêpes.

Cet homme qui a porté le tranchet doit être un franc-maçon, un ennemi. Il la regardait toujours en dessous. Il est commandé par le maire. Le maire rit d'elle et lui reproche d'aller voir la nuit le vicaire u le curé « marie-toi avec le vicaire », lui dit-il.

Elle s'explique aussi quelle est la voix qui parle dans sa poitrine. C'est la voix du Diable. Elle raconte son histoire au curé. Après chaque entrevue avec ce dernier, la voix du Diable est moins forte. Le Diable est bien en elle. Elle entend sa voix dans son côté gauche ; elle a des tremblements, un goût de suie dans la bouche et elle respire de mauvaises odeurs. Elle n'aime plus son enfant. Quand son mari pleure, elle est poussée à rire. Elle est également poussée à dire des sottises à ses parents, à détester sa mère ; elle ne peut supporter personne. Le Diable est en elle, depuis l'âge de dix ans, mais jusqu'alors il n'avait pas manifesté sa présence. Il a pénétré son corps par les parties génitales. A l'âge de dix ans, en effet, elle a, dit-elle, été attirée dans une maison où un individu, lui jetant un mauvais sort, s'est livré sur elle à des attouchements qu'elle précise mal, mais qu'il ne pratiqua pas longtemps, grâce à ses cris.

Du reste, cette pénétration du Diable dans son corps est « une affaire qu'elle ne peut développer elle-même. »

Trois mois après l'entrée de la malade à l'asile, l'hallucination obsédante s'est sensiblement modifiée. Elle est moins fréquente et moins forte. Elle est toujours la même quant à son origine et son siège.

La malade sort, améliorée, mais absolument convaincue que la voix qui lui commandait de se tuer, qui le lui commande parfois était bien et est encore celle du Diable.

Les deux observations qui suivent sont celles d'hallucinations obsédantes qui ne sont plus l'origine d'un délire, mais bien des épisodes plus ou moins importants de délires de persécution.

Observ. II. — La première a été publiée dans la *Revue de Psychiatrie* (Janvier 1904). Il s'agit d'une malade, M... Cl... 39 ans, couturière, étudiée dans le service de M. le Professeur Joffroy.

Les antécédents de M... sont très chargés.

Toute jeune, elle montre une émotivité pathologique considérable. Mariée, elle oriente cette émotivité vers son mari Sitôt que ce dernier s'attarde, elle est prise de craintes, de pressentiments. Elle est inquiète et son angoisse ne disparaît complètement qu'à la vue de son mari.

A la suite d'une discussion insignifiante, elle est atteinte, brusquement, d'un délire de persécution, à base d'interprétations délirantes d'hallucinations de l'ouïe, du goût, de l'odorat.

Certaines hallucinations de l'ouïe revêtent le caractère obsédant. Ce sont précisément celles qui ont trait à son mari, à ses enfants. Son persécuteur N... lui dit : « On les tuera, ton mari, tes enfants. » A ces mots, M... est saisie d'une émotion extrême. Elle doit s'appuyer contre le mur, sinon, elle tomberait.

Son cœur bat fort et douloureusement.

Son angoisse grandit de plus en plus ; enfin, affolée, sans se vêtir, elle part de chez elle, court, en cheveux, à l'atelier, à l'école pour s'assurer si son mari, ses enfants sont vivants. Elle les retrouve sains et saufs. Elle est immédiatement soulagée, l'anxiété disparaît. Elle retourne chez elle. Mais là, N... son persécuteur, lui répète : « Ton mari, tes enfants sont morts, » et un nouvel accès d'hallucination obsédante, en tout semblable au premier, réapparaît.

Ces accès d'hallucination obsédante toujours semblables à eux-mêmes paroxystiques, surviennent trois à quatre fois par jour, pendant un mois.

Durant les six mois que M... reste à l'asile, elle s'améliore lentement ; quand elle sort, elle n'accuse plus de trouble mental, mais elle croit en

son délire, en ses hallucinations obsédantes et les considère comme des faits réels.

La dernière observation est celle d'une malade C... qui présente de nombreuses analogies avec la précédente. C... est atteinte, en effet, d'un délire de persécution à base d'interprétations délirantes, d'hallucinations de l'ouïe, de la sensibilité générale, du goût, de l'odorat, délire de persécution au cours duquel apparaissent des hallucinations obsédantes traduisant encore une idée, une préoccupation obsédante antérieures.

Observ. III. — C... 50 ans, charcutière.

A. H. La sœur de sa grand-mère maternelle est morte aliénée.

A. P. Quand elle était jeune, C... était très émotive. Elle frissonnait de peur quand elle voyait de « laides choses. » Elle craignait surtout d'assister aux accidents, aux disputes, qui l'impressionnaient profondément et douloureusement. Mariée à 20 ans, elle n'est pas très heureuse avec son mari qui la traite d'une façon un peu rude.

A 22 ans, elle a un enfant qui meurt à l'âge de huit mois. A la suite de cet accouchement, elle présente un état marqué de dépression pendant lequel elle est incapable de travailler, comme anéantie, sans volonté. Cet état est traité par des vins médicamenteux, de l'alcool, si bien qu'elle présente des cauchemars caractéristiques où elle voit des serpents, des précipices, etc. Une fois même, étant toute éveillée, elle est secouée dans son lit par un individu qui s'était caché sous le sommier et qu'elle peut à peine distinguer, car, la porte ayant été ouverte il se sauve lestement.

Tous les ans, aux environs de Pâques, elle travaille plus que de coutume et elle tombe, à cette occasion, dans un état plus ou moins marqué, plus ou moins durable d'aboulie, pendant lequel elle cesse toute occupation. Sa mère étant souvent malade, elle s'est chargée de l'éducation de ses frères. Parmi ces derniers, il en est un, Octave, qu'elle affectionne particulièrement, parce que sa femme est morte qu'il est seul et très malheureux. Quand Octave est souffrant, elle est tout inquiète. Elle a toujours peur qu'il ne lui arrive quelque malheur s'il s'absente, et elle n'est vraiment rassurée que quand elle est avec lui. Si elle aime tellement Octave, elle n'aime pas son mari. Ce dernier se moque d'elle. Il la maltraite moralement. Le matin, il la force à se lever pour servir les clients et il ne lui laisse seulement pas le temps de se vêtir.

Depuis deux ans, elle a de nouveaux voisins. En décembre dernier, elle présenta un de ces états d'aboulie déjà décrits, au cours duquel, brusquement, ses voisins commencent à l'inquiéter.

Ils l'épient. Ils viennent chez elle avec des boîtes à musique pour enregistrer ce qu'elle dit. Elle est de plus en plus contrariée, agacée par son mari qui n'est jamais content de la façon dont elle s'occupe de son commerce. Si elle avait su, elle ne se serait jamais faite commerçante. Quand elle était jeune, elle avait bien du reste le pressentiment qu'elle ne réussirait jamais dans le commerce.

Sa voisine, par ses deux fenêtres; espionne tout. Elle attire C... pour exercer sur elle son empire. Elle fait signe à des gens cachés derrière un mur, à des voyous qui passent, montrant l'emplacement du coffre-fort. Elle la montre comme si elle était une propre à rien. Elle sait tout ce qu'on dit chez C... et elle se sert pour cela d'un instrument que C... ne connait pas. Elle parle de la famille de la

malade, de son père, de son frère surtout, jamais de la famille du mari de cette dernière. Un jour que sa voisine vient chez C... elle ouvre une boite puis la ferme d'un air de triomphe, d'un air de dire : « J'ai mon affaire. Ce sera toi qui auras tous les ennuis. Toi, on te fera devenir folle. »

Cette voisine ne tarde pas à insulter C... Dans l'eau du robinet qui coulait, il y avait des voix qui disaient : « Vache, tu trompes ton mari. » La voisine, quand il passait du monde, disait : « Au cul, au cul. » Quand C... était dans sa maison, elle lui disait : « Ta maison n'est plus à toi. On te mettra à la porte. » Elle répétait mot à mot à la malade ce que les personnes qui venaient visiter cette dernière pouvaient lui apprendre. Elle lui disait : « Si tu vas à l'église, on te dira des sottises. » Ils voulaient la faire passer pour une femme de rien pour la faire divorcer. C'est ainsi que sa voisine répétait : « Il faut la faire surprendre en flagrant délit d'adultère. » Un homme passant dans la rue, elle l'invite à monter dans la chambre de C... Elle fait semblant d'embrasser des hommes de telle sorte que l'on puisse croire que c'est C... qui les embrasse réellement. Elle sait ce que C... pense, mais elle le traduit en paroles grossières.

Parfois, C... est comme anesthésiée dans son lit, elle y reste couchée comme si elle était morte. Cette voisine, qui par devant fait tant de révérences, a un rude talent. Elle ne se couche pas de la nuit pour torturer C... Elle met quelque chose dans le lait de C... qui en a la gorge toute brûlante. Elle envoie des mauvaises odeurs à C... qui en est asphyxiée. Elle emploie pour tout cela, le téléphone, car il y a des ouvriers qui font des téléphones dans les maisons sans qu'on s'en aperçoive.

Mais la voisine ne se contente pas de persécuter C... elle s'attaque au frère de C... à celui que C... affectionne particulièrement, à Octave, qu'elle considère comme son enfant, comme l'être qu'elle aime le plus. La voisine, quelques jours après le début des persécutions s'écrie : « Ah ! le pauvre Octave, il va mourir, quand tu arriveras, il sera mort. » Quand C... a entendu ces mots, elle a ressenti une émotion intense. La voisine répète plusieurs fois la même phrase, de plus en plus vite et fort. L'état émotionnel de C... grandit sans cesse. Sa respiration est haletante, son cœur bat douloureusement. Elle s'habille à la hâte et court chez son frère.

Le voyant sain et sauf, son angoisse disparaît aussitôt. Quand son frère vient la voir, sitôt qu'il est parti, la voisine dit à C... : « Ton frère, on va le battre. Il ne rentrera pas chez lui. » C... de nouveau anxieuse, court chez son frère, et la vue de ce dernier la soulage complètement.

Ces crises surviennent trois ou quatre fois par jour en moyenne, et se terminent toutes de la même façon, par un soulagement immédiat et complet à la vue de son frère bien portant. Elles durent deux mois environ, jusqu'au moment de l'entrée de la malade à l'asile.

Là, elles s'améliorent très rapidement, et au bout de trois mois, la malade sort de l'asile, disant que si sa voisine l'a poursuivie, maintenant elle la laisse en repos.

Forts de ces trois observations, nous pensons qu'il y a lieu d'admettre l'existence d'hallucinations obsédantes inconscientes, pouvant être : tantôt l'origine d'un délire; tantôt, de simples éléments plus ou moins marquants d'un délire quelconque (de persécution le plus souvent). C'est là une proposition qui doit être défendue,

car l'opinion classique veut que la conscience soit un élément indispensable, *sine qua non*, de l'obsession, en général, et des hallucinations obsédantes en particulier.

Il semble que le rôle de la conscience dans l'obsession, et son importance, aient été très exagérés. Dans ses remarquables leçons cliniques, Séglas démontre que dans l'obsession « sans doute par suite de l'aboulie, de la faiblesse de l'attention que présente toujours l'obsédé, la synthèse mentale reste imparfaite ».

Au lieu d'aboutir à une synthèse unique et définitive, les éléments psychiques restent isolés ou forment entre eux de petites synthèses secondaires, plus ou moins complexes ; mais ne sont jamais qu'incomplètement assimilés aux acquisitions antérieures figurant dans la conscience du sujet, constituant la nature de sa personnalité.

Parfois même, ces synthèses partielles secondaires, fonctionnent pour leur compte, entrent en lutte avec la conscience, et avec assez d'avantage pour accaparer à leur profit un certain nombre de ces éléments, arrivant ainsi à l'annihiler quand elles ne l'effacent pas tout à fait.

L'obsession n'est donc, en résumé, qu'un état particulier de la désagrégation psychique une sorte de dédoublement de la conscience ».

La conscience est, dans l'obsession, un symptôme très variable. Elle doit être envisagée entre les accès, pendant les accès.

Entre les accès, elle est presque toujours conservée. Cependant, il arrive parfois, quand l'obsession est ancienne et intense, quand les facultés de contrôle du sujet se sont affaiblies, il arrive que l'idée obsédante s'incorpore à la personnalité, n'est plus considérée comme un fait pathologique, devient totalement inconsciente et donne naissance à de véritables délires. Séglas a insisté, à la suite de nombreux auteurs étrangers, de Schüle, notamment, sur ce passage de l'obsession au délire.

Pendant les accès, la conscience est toujours plus ou moins diminuée et elle l'est surtout au moment précis ou l'obsession acquiert son maximum d'intensité physique et psychique. Chez des sujets différents, la conscience est un symptôme très variable entre les accès, pendant les accès. Chez un même sujet, elle ne l'est pas moins, tellement qu'une obsession consciente au début peut à la fin devenir inconsciente et se transformer en un délire.

La conscience existe au début de toute obsession. Mais elle est sujette à varier, et même à disparaître au cours de l'évolution de cette obsession.

Elle est en rapport exactement proportionnel avec le degré de jugement, de contrôle du sujet.

De même que l'obsession peut, au bout d'un temps plus ou moins long, devenir inconsciente, de même l'hallucination obsédante peut être prise pour un phénomène réel. Mais tandis que l'obsession ne devient inconsciente qu'au bout d'un certain temps, d'une certaine durée, l'hallucination obsédante est inconsciente, tantôt

d'emblée, dès son apparition, tantôt, tardivement, plus ou moins longtemps après son apparition.

C'est que l'obsession, du moins à son début, est toujours reconnue par le sujet, pour un phénomène pathologique, surajouté qu'il peut apprécier à sa juste valeur, en dehors des accès.

La malade de la première observation, Ad..., a pendant plusieurs jours l'obsession suicide et reconnait qu'il s'agit là d'une idée « d'une force qui la pousse malgré elle ».

Mais quand l'hallucination obsédante, née de l'obsession primitive, survient, elle surprend, par sa force, son intensité plus grandes, le jugement de la malade qui la prend pour un fait réel et, aussitôt délire.

L'on peut donc considérer l'hallucination comme une complication redoutable de l'obsession, capable de provoquer, dès son apparition un délire.

L'obsession peut ainsi passer au délire de deux façons ; lentement de son seul fait ; et, si elle se complique d'hallucinations, immédiatement, ou plus ou moins rapidement.

A côté des cas simples, où l'hallucination traduit une obsession et où cette hallucination obsédante constitue la base de tous les phénomènes pathologiques, il est des cas, d'une complexité infinie, où l'hallucination obsédante apparait manifestation d'une obsession primitive, mais perdue au milieu d'un délire quelconque, généralisé, dont elle n'est qu'un élément d'importance diverse, témoin de la participation plus ou moins large de la constitution idéo-obsessive et émotive à ce délire. Quand un obsédé fait un délire ordinaire, ce délire peut présenter certains points, où l'on reconnait le cachet de l'obsession. Les malades M... et Ch..., par exemple, font un délire de persécution ordinaire. Parmi leurs hallucinations de l'ouïe, il en est certaines qui revêtent le caractère obsédant. Ce sont elles qui se rapportent aux sujets de leurs obsessions antérieures.

Ayant insisté sur l'existence des hallucinations obsédantes inconscientes, il convient maintenant d'établir les points dissemblables et les points communs que présentent nos trois cas.

Dans la première observation, l'hallucination obsédante est verbale-motrice et devient l'origine d'un délire de possession et de persécution.

Dans les deux autres, les hallucinations sont auditives-verbales et ne constituent que des épisodes plus ou moins importants de délires de persécution.

Nombreuses sont les analogies. Ce sont toutes des hallucinations vraies, bien extériorisées, entrainant la conviction du sujet, inconscientes, en tant que prises en tout temps pour des phénomènes réels.

Ces hallucinations ne font que traduire, extérioriser, reproduire dans leur contenu, en l'exagérant, les obsessions antérieures. Elles présentent tous les caractères de l'obsession, son évolution paroxystique. Les hallucinations ne sont jamais primitives. Elles sont, au contraire, toujours secondaires à une obsession, à une

préoccupation obsédante plus ou moins ancienne, plus ou moins forte dont elles naissent.

Si l'on examine, d'ailleurs, toutes les observations d'hallucinations obsédantes publiées, tant conscientes qu'inconscientes, l'on remarque que toutes mentionnent un terrain héréditaire ou acquis spécial, terrain s'étant déjà souvent révélé par des obsessions variées et constitué par de l'émotivité pathologique, par une déséquilibration intellectuelle manifeste, par une instabilité, et des oscillations extrêmes du niveau mental. Il se peut que certaines hallucinations obsédantes paraissent primitives de prime abord. Mais l'étude minutieuse de toutes les hallucinations obsédantes, conscientes et inconscientes, montre que toujours elles ont succédé, de façon plus ou moins apparente, à des obsessions anciennes, ou, du moins qu'elles ont germé sur le terrain de l'obsession. De telle sorte que, toutes les hallucinations obsédantes, en tant qu'hallucinations, sont secondaires. Ce qui est primitif, c'est l'obsession, la tendance à l'obsession, la constitution idéo-obsessive.

L'hallucination obsédante se compose donc de deux éléments. L'un, primordial est l'obsession ; l'autre, conséquent, est l'hallucination qui extériorise le premier.

Il est possible d'expliquer la production de l'hallucination obsédante, ainsi comprise, par le fonctionnement automatique d'un centre perceptif commun ou spécialisé, consécutivement à la propagation de l'excitation automatique primitive d'un centre idéatif, obsessif, prépondérant. Cette influence du centre idéatif sur le centre perceptif, cette irradiation, ne pourraient se faire que grâce à une certaine prédisposition.

De l'exposition de ces faits, résultent les conclusions suivantes :

1° Presque toujours, les obsessions ne provoquent que des représentations mentales plus ou moins vives, des pseudo-hallucinations.

2° Parfois cependant, ces représentations mentales, chez certains sujets, sont remplacées par de véritables hallucinations, variables comme forme, uniques ou multiples.

3° Ces hallucinations obsédantes, sont les unes conscientes, les autres inconscientes. Ces dernières sont, tantôt l'origine d'un délire, tantôt des épisodes plus ou moins importants au milieu d'un délire quelconque, de persécution surtout, l'obsession participant à la constitution de ce délire, appelée à lui par des éléments communs, par une hallucination ayant même sujet qu'une idée, une préoccupation obsédantes antérieures.

4° Les caractères des hallucinations obsédantes sont ceux de l'obsession, c'est-à-dire : irrésistibilité, angoisse, lutte, phénomènes émotifs, conscience plus ou moins diminuée, soulagement consécutif à l'acte qu'elles imposent. Ces caractères sont très variables comme intensité. De l'hallucination obsédante légère à l'hallucination obsédante grave, la transition se fait par degrès insensibles et infinis. D'une façon générale, intensité de l'hallucination obsédante et conscience sont en rapport inversement proportionnels.

5° Les hallucinations obsédantes sont dissociables en deux éléments d'inégale importance ; l'un, primitif, antécédent, est l'obsession ; l'autre, secondaire, conséquent, est l'hallucination.

OBSERVATIONS

QUELQUES RÊVES PROPHÉTIQUES LIÉS A LA MONTÉE DU LAIT CHEZ LES FEMMES QUI VIENNENT D'ACCOUCHER

PAR N. VASCHIDE
chef de travaux à l'Ecole des Hautes Etudes

Je détache de mes observations les quelques rêves prophétiques suivants, notés à des époques différentes. Voici ces rêves, qui concordent parfaitement, de manière à dégager un fait, où du moins à signaler sa possibilité.

1° Femme de 21 ans, primipare. Le lendemain de l'accouchement, après minuit, elle se réveille en sueur, tout angoissée, ayant rêvé que les muscles de sa poitrine étaient devenus des serpents, s'agitant, s'enroulant indéfiniment, et s'allongeant de plus en plus. Elle avait eu la sensation de cet allongement, et dans le rêve, elle suivait de ses propres yeux cette interminable évolution. Les serpents s'enroulaient en spirales. Elle se réveilla au moment où les serpents montraient la tête. De leur bouche sortait du feu, qui était projeté à sa face. Vers neuf heures du matin, se manifestèrent les premiers symptômes de la montée du lait. Le rêve avait été raconté 3 heures avant cette constatation. Il se reproduisit le lendemain, mais moins intense.

2° Femme de 26 ans, primipare, rêve deux jours après l'accouchement qu'elle a devant les yeux un fil d'argent au bout duquel est accroché un tire-bouchon. Le fil est animé d'un mouvement giratoire, fatigant, qui occupe l'attention de la malade, et qu'elle se sent sur le point d'imiter. Le fil d'argent devient brusquement lumineux ; et à regarder de tout près cette flamme mobile, il semble à la patiente que ses yeux sont brûlants comme si elle avait la fièvre. Le matin au moment où par hasard elle me racontait son rêve, elle éprouva dans les seins les premières douleurs annonçant la montée du lait.

3° Une primipare de 23 ans rêve dans la nuit après l'accouchement, qu'elle a sous les yeux un fantôme animé d'un mouvement giratoire et imprimant un mouvement analogue à ses membres supérieurs. Le fantôme jette du feu à la figure et jusque dans les yeux de la patiente, sous forme de rubans lumineux s'enroulant en spirale et se désenroulant, au réveil l'accouchée raconte spontanément ce rêve, se plaignant d'avoir passé une mauvaise nuit ; et cinq heures après la montée du lait commence.

4° Une dame extrêmement intelligente, secondipare a noté pour moi, *proprio motu*, le rêve suivant survenu au moment de la montée du lait deux jours après l'accouchement : « J'ai rêvé qu'étant au bord d'un lac je voyais dans l'eau un cadavre de porc qui s'animait soudain, et qui d'un mouvement giratoire était lancé dans l'air d'une rive à l'autre. Le lendemain, le lait montant toujours, j'ai rêvé qu'étant dans une mansarde je voyais une souris en flammes, animée du même mouvement giratoire que le porc, lancée d'une lucarne à une autre et mettant le feu partout. »

Je tiens compte de ce dernier cas, parce qu'il m'a été communiqué par une personne digne de toute confiance et trop intelligente pour ne pas avoir fait un récit exact. Habituellement, par principe, je ne tiens compte que des rêves qui me sont directement rapportés, et dont les conséquences ont pu être suivies scientifiquement. Je pourrais multipler les exemples. Je possède les observations de 27 jeunes accouchées, le plus souvent primipares, et qui ont eu des rêves analogues. Aucune de ces observations n'est de seconde main, j'ai tout pu constater par moi-même. Dans tous les rêves qui précèdent la montée du lait, on retrouve deux éléments communs : le *mouvement giratoire et l'extension des flammes*. Les impressions sont surtout visuelles, mais s'accompagnent de sensations musculaires et cœnesthésiques. La texture des rêves est presque toujours identique, même trame, même canevas, tout indique la présence d'un symptôme commun. Ne serait-il pas possible de concevoir que la sensibilité interne des glandes mammaires est sollicitée par la montée du lait ; ne peut-on croire que l'image-sensation du mouvement giratoire, s'associe à la poussée du lait dans la glande, et que le mouvement fébrile concomitant est annoncé par la vision des flammes et la sensation de lumière brûlante des rêves ci-dessus ? L'étude munitieuse de l'anatomie et de la physiologie des glandes mammaires confirmerait peut-être cette hypothèse ; je désirais seulement par la note actuelle, signaler ces rêves prophétiques, avant que soit dressée *une clef rationnelle des songes*, ce qui sera sans doute possible dans l'avenir, comme je l'écrivais il y a déjà sept ans.

REVUE DES LIVRES

La Démence, par le Dr A. Marie. (Bibliothèque internationale de psychologie expérimentale. O. Doin éditeur, 1906).

L'auteur définit la démence, la désagrégation définitive et irrémédiable de la mentalité. Les déments présentent des caractères communs dont le principal est l'affaiblissement progressif des facultés intellectuelles. L'attention, la mémoire, la personnalité, l'idéation, la volition, l'affectivité sont tour à tour étudiées chez ces malades et l'auteur en dégage les troubles les plus constants.

Après avoir fait l'historique des divers travaux relatifs aux démences,

après avoir donné un aperçu des théories émises par les auteurs anciens et montré comment aujourd'hui les neuropathologistes, sont arrivés à reconnaître un substratum organique à toutes les démences, M. Marie passe à l'étude des principaux types de démence qui sont ainsi classés : les démences précoces, les démences paralytiques, les démences séniles.

L'auteur définit la démence précoce « une psychose caractérisée essentiellement par une affection psychique spéciale à marche progressive, survenant en général dans l'adolescence et se terminant le plus souvent par l'anéantissement de toute manifestation de l'activité mentale sans jamais compromettre la vie du malade ». Au point de vue anatomique, l'auteur ne donne la désignation de démence précoce proprement dite qu'aux démences par lésions neuro-éphithéliales primitives. Cette définition anatomique serait satisfaisante si cette lésion unique et invariable se retrouvait chez tous les malades atteints de démence précoce ; or, il y a des faits bien nets où d'autres lésions ont provoqué le syndrôme de la démence précoce et un grand nombre de neuro-pathologistes désignent sous ce nom tous les états d'affaiblissement intellectuel survenant dans l'adolescence quelles que soient les lésions cérébrales qui les provoquent. Cliniquement d'ailleurs, les symptômes particuliers de la démence précoce tiennent plus à l'âge des sujets qu'à la nature des lésions cérébrales pourvu que celles-ci soient diffuses. L'auteur en admettant la lésion primitive du tissu neuro-épilhélial ne décrit que les lésions cérébrales relatives à un groupe de déments précoces. Puisque qu'il « existe tous les intermédiaires qui servent de transition entre eux (les déments précoces) et les idiots vrais », pourquoi ne pas admettre comme pour l'idiotie des lésions cérébrales diverses pouvant provoquer les démences précoces.

A côté de la démence précoce type, l'auteur décrit les démences précoces secondaires : démences maniaques, démences mélancoliques, démences du délire chronique, démences névrosiques.

Le chapitre consacré à l'étude des démences paralytiques, est surtout un résumé des connaissances actuelles sur cette affection cérébrale. L'auteur adoptant les idées de M. Klippel, décrit la paralysie générale inflammatoire primitive, les paralysies générales secondaires ou associées à d'autres lésions, les paralysies générales dégénératives.

La description des démences séniles forment un chapitre spécial où l'auteur s'attache à montrer qu'il ne suffit pas de vieillir pour devenir dément ; il faut une altération particulière et des lésions déterminées du cerveau. Ce substratum, M. Marie l'étudie dans sa nature et dans ses causes ; la lésion qui produirait surtout la démence sénile serait l'artério-sclérose cérébrale. Pour compléter ce chapitre, l'auteur fait l'exposé des démences par lésions circonscrites.

Dans le dernier chapitre, M. Marie traite des problèmes biologiques, sociaux et juridiques concernant les déments. L'assistance de ces malades est enfin traitée avec des vues toutes nouvelles. Dans les asiles, les trois quarts des malades sont des déments et l'auteur montre comment la colonisation familiale peut contribuer à désencombrer les asiles tout en donnant aux malades le maximum de liberté.

Quarante figures sont insérées dans le texte ; le lecteur y trouvera de nombreuses physionomies de déments, des dessins, des écrits caractéristiques de telle ou telle forme de démence, un grand nombre de planches représentant les principales lésions cérébrales des déments.

Il n'existait jusqu'alors aucun travail d'ensemble sur les démences. M. Marie, en mettant au point cette question, montre quelles sont les dernières acquisitions que vient de faire la médecine mentale sur ce

sujet, quels sont les nombreux problèmes qui restent à résoudre. La lecture de cette monographie, remarquable par sa documentation, permet d'avoir une notion aussi exacte que possible de ces états si complexes groupés sous le nom de démence.

L. MARCHAND.

Dégénérescence mentale et hystérie. — Les empoisonneuses. *(Etude psychologique et médico-légale).* Dr René CHARPENTIER, Thèse, Paris, 1903, Steinheil, Editeur.

Sous ce titre, le Dr R. Charpentier nous donne une étude des plus intéressantes, dans une thèse éditée avec goût et une certaine recherche artistique de bon aloi.

Au point de vue historique nous trouvons dans cet ouvrage une quantité énorme de documents judicieusement classés, de pièces justificatives puisées à des sources sûres qui nous font assister aux méfaits des poisons depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours.

Au point de vue clinique et psychologique nous y voyons clairement poser et discuter la difficile question non encore résolue des rapports de la dégénérescence mentale, de l'hystérie et de la criminalité.

Enfin des considérations médico-légales de haut intérêt sont la conclusion pratique de ce travail.

Dans son avant-propos l'auteur fait deux constatations particulièrement intéressantes basées sur la statistique, la première est que le nombre des crimes par empoisonnement tend à diminuer avec les progrès de l'instruction et de la toxicologie : la seconde est que l'empoisonnement est commis 7 fois sur dix par des femmes, alors que 80 pour 100 des attentats contre les personnes sont commis par des hommes.

Cette dernière constatation explique pourquoi il limite son sujet aux seules empoisonneuses, laissant de côté les empoisonneurs.

La diminution du nombre des empoisonnements coïncidant avec la découverte des procédés pour la recherche de l'arsenic, du phosphore, des alcaloïdes végétaux prouve dès l'abord, que les criminels qui se servent du poison, sont intimidables au premier chef, et que c'est bien l'espoir de l'impunité qui leur fait choisir « cette arme perfide et cruelle. »

La première partie de l'ouvrage est une étude purement historique. La mythologie même a ses empoisonneuses célèbres : Hécate et sa fille Médée, Circé empoisonneuse et magicienne. Sémiramis sœur de Xerxès, en Egypte la célèbre Cléopatre qui fut la maitresse d'Antoine. A Rome, le poison fut toujours très employé. Tout le monde connaît les noms de Publia et Lucinia, de Locuste, l'empoisonneuse gagée de Néron, de Néron lui-même, de Lucrèce Borgia au XVIe siècle. En France, au XVIIe siècle, la marquise de Brinvilliers, la Voisin, la marquise de Montespan ont acquis une triste célébrité.

L'état mental de la Brinvilliers a déjà été souvent étudié, son aboulie, sa suggestibilité, ses perversions affectives et morales ont été notées. De même, les crises convulsives de la Montespan ont été signalées par Bossuet mais pour intéressantes que soient ces études, les documents sur lesquels elles reposent ne permettent pas une critique scientifique d'une grande rigueur.

Il n'en est pas de même des rapports médico-légaux faits dans ces cinquante dernières années au sujet d'empoisonneuses dont la mentalité paraissait suspecte. Les rapports du Dr Billod sur la nommée D..., empoisonneuse simulant des troubles mentaux, du même, sur la fille Kerdal, du Dr Chatelain sur Marie Jeanneret, le rapport d'Anglade, Pitres et Régis, sur Mme Galtié, les dossiers des affaires Miss Haggie, Christiane Edmunds, Masso et Hubac, etc., constituent des documents

de la plus haute valeur que l'auteur a dépouillés, étudiés, critiqués et qu'il a placés comme pièces justificatives dans son ouvrage.

De l'étude clinique de ses observations, l'auteur conclut qu'un certain nombre d'empoisonneuses forment un groupement bien caractérisé par la série des symptômes et des signes qui leur sont communs.

Elles ont des antécédents héréditaires le plus souvent chargés, elles présentent des manifestations hystériques : grandes ou petites attaques, vertiges, crises de sommeil, etc., paralysie, anesthésies et hyperesthésies, rétrécissement du champ visuel.

Au point de vue mental, elles sont intelligentes, rusées surtout, mais à côté d'actes longuement prémédités et exécutés avec adresse, elles commettent des maladresses flagrantes, inattendues, ce sont ces maladresses du reste qui les font soupçonner, puis découvrir. Suggestionnables à l'excès elles sont tour à tour très mobiles dans leurs désirs et très tenaces dans leurs entreprises, d'une anesthésie affective et morale, contrastant avec une extrême impressionnabilité et une affectivité excessive autant que peu durable qu'explique leur égoïsme vraiment pathologique. Eltes sont perverses, menteuses, méchantes, faisant le mal pour le mal, quand elles n'agissent pas pour satisfaire leur vanité ou leur ambition ; elles ont une tendance à simuler, elles sont crédules, ont des pressentiments, croient aux rêves, etc.

Tous ces troubles du caractère et de l'intelligence constituent les stigmates psychiques de la dégénérescence mentale ; les troubles de la sensibilité et de la motilité sont les symptômes de la névrose hystérique, il est donc facile à l'auteur de conclure qu'un certain nombre d'empoisonneuses, présentent un état mental bien spécial constitué par l'association de la dégénérescence mentale et de l'hystérie ; et dans l'étude des faits il montre les nombreuses analogies que présentent les actes d'un grand nombre d'empoisonneuses.

Toutefois il se garde bien de généraliser et il ne considère pas que toute empoisonneuse est une dégénérée hystérique.

On pourrait il est vrai, objecter à M. Charpentier que la plupart des stigmates psychiques et moraux qu'il a décrits comme propres à la dégénérescence mentale ont été reconnus par Lombroso comme stigmates de la criminalité qui elle aussi appartient à la dégénérescence mentale. Mais la question des rapports de la criminalité et de la dégénérescence est d'un tout autre ordre, elle aurait entraîné l'auteur hors des cadres qu'il s'était tracés, aussi l'a-t-il volontairement négligée.

Les empoisonneuses dégénérées hystériques ont souvent des tendances à l'hypochondrie ou délire des persécutions, elles sont sur les frontières de la folie, mais elles ne délirent pas.

Parfois de vraies mélancoliques peuvent devenir empoisonneuses et se servir du poison soit pour éviter à leurs enfants les malheurs et les douleurs que la vie leur réserve, soit encore pour attirer sur elles-mêmes la peine capitale, ne pouvant se résoudre à se donner la mort.

Dans le chapitre IV l'auteur traite de la simulation de la folie qui font parfois certaines empoisonneuses, dans le chapitre V il traite des fausses accusations d'empoisonnement que trop souvent la crédulité de la foule accueille avec une grande facilité.

Enfin dans une troisième et dernière partie le Dr Charpentier nous donne des considérations médico-legales des plus intéressantes.

Les empoisonneuses dégénérées et hystériques sont certainement les plus dangereuses : le nombre de leurs crimes dépasse parfois tout ce qu'on peut imaginer, l'une a commis 9 empoisonnements, Hélène Jegado, trente, Van der Linden empoisonna ou tenta d'empoisonner cent deux personnes etc. « Jamais, dit Nanette Schloenleben, au mo-

ment de sa mort, je n'aurais pu résister à la tentation d'empoisonner encore ».

Elles sont éminemment dangereuses pour l'ordre public et la sécurité des personnes. Quels sont les droits et les devoirs de la société à leur égard ?

Après avoir rapidement passé en revue les diverses opinions sur la responsabilité de ces anormaux, le Dr Charpentier conclut à leur internement dans un asile de sûreté pour psychopathes dangereux.

L'internement qui dans certains cas pourrait être tempéré par des essais de sorties conditionnelles, et révocables, serait ordonné par la magistrature sur l'avis d'une commission médicale. Ce moyen de protection sociale serait plus efficace que celui des condamnations à temps, pratique souvent illusoire et dangereuse, et serait plus conforme aux sentiments d'humanité dûs aux infirmes, que la condamnation à mort ou que la réclusion à perpétuité.

A. VIGOUROUX.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 23 Juillet 1906

I. MM. L. WAHL et M. ROLLET : *La phraséologie chez certains dégénérés.* — II. MM. G. DOUTREBENTE et L. MARCHAND : *Un cas de délire chronique à forme mégalomaniaque avec autopsie.* — III. *Elections.*

I

MM. L. WAHL et M. ROLLET ont étudié *la phraséologie de certains dégénérés.* — De tous temps, la phraséologie bizarre de certains dégénérés a été remarquée. Elle a tenu dans les littératures une large place. Cependant, il est intéressant d'insister à nouveau sur ce point, car, de plus en plus, l'étude du psychisme des individus tend à prendre de l'importance au point de vue médico-légal et scientifique.

Il est nécessaire d'étudier, non seulement les manifestations morbides actuelles, mais le fond sur lequel elles se sont développées. La phraséologie serait l'élément d'investigation le plus sûr et le seul suffisant. MM. Wahl et Rollet expliquent comment, par les discours et les écrits actuels de leurs malades, ils reconnaissent l'état primitif sous un délire passager, sous une démence définitive.

II

MM. G. DOUTREBENTE et L. MARCHAND rapportent *un cas de délire chronique à forme mégalomaniaque avec autopsie.* Il s'agit d'un malade qui fut interné pour la première fois à l'âge de 35 ans ; il était alors atteint de débilité mentale avec idées de persécution et délire religieux. Il se guérit de ce délire polymorphe en quelques semaines. Il demeura cependant irritable et sa femme dit nettement que son mari n'était pas revenu à son état normal. Il reste pourtant deux ans en liberté ; puis surviennent des idées délirantes qui nécessitent de nouveau l'internement. On constate alors chez lui un délire de grandeur avec transformation de la personnalité. Il se dit le bon Dieu, Napoléon, de Montesquieu, la terre est à lui, etc... Les idées de persécution restent au

second plan ainsi que les hallucinations. Le malade dit qu'il ressent des décharges électriques mais il ne s'en préoccupe pas. Les idées de grandeur sont prédominantes. Il n'existe pas d'hallucination de l'ouïe. Cet état dure des années sans changement; mais au bout de quatorze ans surviennent des hallucinations cœnesthésiques. Le malade dit qu'il a des maîtres d'armes dans le corps, qu'il les entend parler. Ces symptômes se confondent alors avec les idées de grandeur, et de nombreuses interprétations délirantes surviennent. Enfin, quelques années plus tard, les maîtres d'armes que le malade a dans le corps se divisent en deux camps; les uns sont pour lui, les autres contre lui. Ces derniers lui envoient de mauvaises odeurs. Ces divers symptômes se maintiennent sans changement dans la suite malgré l'apparition de troubles hémiplégiques et un léger affaiblissement de la mémoire.

La maladie a duré 34 ans. A l'autopsie, les auteurs ont constaté des lésions de méningo-corticalite chronique caractérisée par une méningite-fibro-plastique, de la sclérose cérébrale, une diminution des fibres tangentielles, la disparition complète de la strie de Baillarger dans les zones motrices.

III

Après lecture d'un rapport de M. Moreau (de Tours), M. le docteur Ruggiero Lambranzi, médecin du manicome de Brescia est nommé membre associé étranger.

Après lecture d'un rapport de M. Vigouroux, M. le docteur Boulenger (de Bruxelles) est nommé membre associé étranger.

G. Collet.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(17 Juin 1906)

Cas particulier d'infantilisme du langage chez une femme de 58 ans, après une attaque d'aphasie motrice. — M. Haskovec. Cet état d'infantilisme du langage (prononciation zézayante, caressante et incorrecte comme chez l'enfant) persiste au moment de la communication, c'est-à-dire deux ans après l'attaque. La malade qui n'est pas hystérique recommença à parler, mais de cette manière puérile, un mois après l'ictus aphasique dû probablement à une embolie.

(5 Juillet 1906)

Hémianopsie bitemporale. — M. Galezowski présente deux observations d'hémianopsie bitemporale, survenue dans les deux cas au moment de la ménopause, chez une acromégalique et chez une tabétique. La radiographie a montré chez la première malade un élargissement de la selle turcique. Chez la seconde, une méningite de la base paraît être la cause de l'hémianopsie.

Cécité corticale avec hémianopsie. — MM. Raymond, Lejonne et Galezowski rapportent l'observation d'un homme de 57 ans, ni alcoolique ni syphilitique, atteint d'amaurose presque totale et survenue pendant une attaque qui a surpris le malade en pleine santé. En l'absence de tout stigmate d'hystérie les auteurs admettent qu'il s'agit d'une cécité corticale occasionnée par une double hémianopsie.

Surdité verbale pure. — M. Lamy présente un homme de 62 ans qui s'est trouvé subitement atteint de surdité verbale sans aucun autre trouble du langage.

Fréquence des maladies nerveuses chez les arabes. — M. Dumollard après plusieurs années de pratique hospitalière en Algérie, estime que

contrairement à l'opinion courante les maladies nerveuses sont aussi fréquentes chez l'Arabe que chez l'Européen.

J.

SOCIÉTÉ DE PSYCHOLOGIE

(1er Juin 1906)

L'Hystérie de Jeanne d'Arc. — M. G. Dumas. Jeanne d'Arc fut réglée tard ; elle marqua toute sa vie une frigidité sexuelle qui résista à toutes epreuves, et même semble-t-il, une répulsion pour les fonctions sexuelles qu'elle manifesta avec violence contre les « ribaudes » des camps. En outre, dans l'interrogatoire de son procès, on trouve quelques questions relatives à ses hallucinations, à ses « voix » qui apportent quelques données pathologiquement interprétables. D'une part elle déclare qu'elle « accolait » des saintes par le bas, qu'elle en sentait la chaleur et l'odeur, car elles « fleuraient bon ». En outre, la localisation, toujours à droite, de ses voix, semble bien prouver l'unilatéralité de ses hallucinations. Dès lors, suivant la conception de Charcot, D. croit pouvoir conclure à une hémianesthésie droite caractéristique de l'hystérie. On ne possède malheureusement pas de données plus positives à ce sujet, Jeanne d'Arc n'ayant pas été soumise à la torture, pendant laquelle on recherchait les points d'anesthésie comme preuve d'influence du diable et de sorcellerie.

Discussion : M. P. Janet doute toujours de la valeur des diagnostics rétrospectifs, alors qu'on a souvent tant de peine à faire actuellement des diagnostics corrects. Il rappelle qu'il reste encore très hésitant sur la catégorie pathologique dans laquelle il faudrait ranger son extatique qui, comme Jeanne d'Arc avant de répondre au procès, demandait l'autorisation à ses voix, ne consentait jamais à faire un acte quelconque qui lui était suggéré directement, mais le faisait très bien, lorsqu'on en demandait l'autorisation au bon Dieu. En ce qui concerne la conception de Charcot sur la relation de l'hallucination unilatérale et de l'hémianesthésie, elle est tout à fait erronée, et l'hallucination est sans rapport avec l'anesthésie.

Après quelques mots de M. Sollier, dans le même sens, M. Seglas déclare faire les plus expresses réserves sur le diagnostic de M. Dumas. En effet l'hallucination unilatérale, non seulement n'est pas caractéristique de l'hystérie, mais y apparait même particulièrement rare.

Un cas de délire de persécution et de paralysie générale. — M. Pierre Janet. Il s'agit d'un homme d'environ 55 ans, qui fût amené à la Salpétrière par sa fille. Il se plaignait d'être torturé par sa femme et l'amant de sa femme, qui usaient de spiritisme, le torturaient, lui donnaient des douleurs, des paralysies, l'empêchaient de dormir, ôtaient toute vertu aux médicaments. La nuit, il entendait causer les esprits au-dessus de sa tête, sans toujours bien comprendre ce qu'ils disaient. Le premier diagnostic fut celui de délire de persécution. Bientôt l'attention fut éveillée par un contentement de lui-même extraordinaire : il riait à la pensée qu'il allait se venger de sa femme ; on allait la guillotiner et c'est lui qui remplacerait Deibler et ferait tomber le couteau : et il guillotinerait tous les spiritistes. L'affaiblissement intellectuel était prononcé, et, bien qu'il n'y ait pas eu de tremblement caractéristique de la parole, fit penser à la paralysie générale. L'examen des yeux montra le signe d'Argyll à un œil ; absence complète des réflexes oculaires d'un côté, abolition des réflexes rotuliens. Tout porte donc à croire qu'on est en présence d'un Paralytique général, chez qui le délire de début avait été orienté dans

le sens de la persécution parce qu'effectivement il avait été toute sa vie tourmenté par sa femme et qu'il en avait été préoccupé constamment. A ce propos M. Janet pose le problème de la forme systématique du délire dans les démences.

Discussion : M. ARNAUD déclare qu'il n'est pas si rare qu'on le croit de voir des délires de persécution au début de la paralysie générale, ce que confirme M. SOLLIER. Il cite un cas où la paralysie générale semble s'être greffée sur un délire de persécution authentique. En ce qui concerne les démences en général, le délire systématique y est si peu étranger que la démence paranoïaque n'est que cela.

M. SEGLAS ne traite pas de la question générale des démences pour laquelle on s'entend si peu que l'on fait maintenant rentrer dans une forme de la démence précoce tous les délires systématiques, y compris ceux qui guérissent ou qui durent une vie entière.

Mais, en ce qui concerne la paralysie générale, il a vu fréquemment, non des délires de persécution qui, par suite d'une syphilis intercurrente, céderaient le pas à une paralysie générale, ce qui est théoriquement possible, mais bien des délires systématiques marquant les troubles de début de la paralysie générale et restant stéréotypés, ou parfois même évoluant systématiquement, persistant au cours de l'affaiblissement intellectuel, jusqu'à prendre un caractère démentiel. Il résume quelques cas de ce genre, dont il a pu déceler quelques-uns de très bonne heure grâce à sa méthode qui consiste à faire l'examen de tous les malades au point de vue de la paralysie générale. Un caractère commun réunit toutes ces paralysies générales qui présentent des délires intelligents, c'est qu'elles accompagnent toutes des tabes ; en revanche la réciproque n'est pas vraie, et tous les tabétiques, et ils sont nombreux, qui présentent, outre une syphilis médullaire, de la syphilis cérébrale, ne manifestent pas au début de délire systématique.

La mémoire du rêve et la mémoire dans le rêve. — RAYMOND MEUNIER et N. VASCHIDE. M. R. M. lit une communication faite surtout d'observations de récits de rêves et d'expériences destinées à faire retrouver au réveil le souvenir de rêves non remémorés immédiatement ; de ces expériences il semblerait résulter qu'à tout moment du sommeil de tout individu il y a des rêves et qu'on en peut évoquer le souvenir.

H. PIÉRON.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

(11 Juin 1906)

Des sévices sur les enfants. — M. DABOUT, à propos de dix cas de sévices sur les enfants qu'il a observés, étudie les différentes traces laissées par les sévices sur le corps de l'enfant, telles que les trouve l'expert chargé de faire les constatations médico-légales. Ce sont des ecchymoses, des plaies diverses. Des lésions cutanées produites par les parasites ou entretenues par la malpropreté, l'état de la chevelure donnent des indications sur le défaut de soins ; la maigreur, le rachitisme, les troubles gastro-intestinaux, sur la privation d'aliments.

M. Dabout n'a pas rencontré d'aliénés parmi les parents coupables, mais il a remarqué qu'ils avaient des habitudes alcooliques ; sur les dix cas qu'il a observés, neuf fois c'étaient des femmes qui étaient les auteurs principaux de ces sévices. Dans un seul cas, le père d'un enfant a été incriminé : cet homme était un alcoolique invétéré.

G. C.

(Voir la suite après le Bulletin bibliographique mensuel)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(6 Juillet 1906)

Autopsie de deux cas de démence épileptique, paralytique et spasmodique à l'époque de la puberté. — MM. JULES VOISIN, ROGER VOISIN et LAIGNEL-LAVASTINE ont fait l'autopsie de deux malades ayant présenté le syndrome clinique signalé par M. J. Voisin, et caractérisé par une démence particulière survenant chez certains enfants épileptiques à l'époque de la puberté. Ces enfants présentent des séries d'accès ou des états de mal convulsif ou vertigineux ; des phénomènes de paralysie avec exagération des réflexes tendineux apparaissent d'abord au cours de ces états de mal pour disparaître dans les périodes intercalaires. Puis l'intelligence baisse progressivement et la spasticité demeure un phénomène constant ; la démarche devient spasmodique, la parole trainante. Enfin, des contractures se produisent, l'enfant ne peut plus marcher et succombe dans le marasme une dizaine d'années après le début des accidents. L'autopsie a fait constater dans deux de ces cas qu'il ne s'agissait pas de paralysie générale progressive ; que la moelle était indemne, mais que le cerveau présentait des lésions cellulaires décellables par la méthode de Nissl, et surtout une sclérose névroglique sous-méningée très marquée. Une telle sclérose ne fut pas retrouvée à l'autopsie de 8 épileptiques n'ayant pas présenté le syndrome clinique.

Il est à se demander en présence de cette coïncidence si l'encéphalite scléreuse n'est pas le substratum anatomique de la démence épileptique, paralytique et spasmodique.

REVUE DES PÉRIODIQUES

PÉRIODIQUES DE LANGUE FRANÇAISE

PSYCHIATRIE

Archives de Neurologie
(Nos 124-125, avril-mai 1906).

A. MARIE. — **Folies traumatiques et accidents du travail.** — L'auteur, après avoir rapporté un certain nombre d'intéressantes observations, signale différents problèmes d'une solution souvent assez délicate, soulevés par l'interprétation de la loi de 1898 : Faire la part de la simulation consciente ou non ; connaître la possibilité d'accidents tardifs survenant bien après la guérison apparente ; établir les rapports exacts d'un état psychopathique tardif à un accident antérieur ; mesurer l'incapacité partielle persistant après la sortie de l'asile chez un sujet atteint de folie traumatique ; attribuer les frais de séjour dans les hôpitaux ou les asiles aux chefs d'industrie des accidentés, etc... sont autant de difficultés parfois inextricables — Et toutes ces questions seront posées d'une manière de plus en plus fréquente au fur et à mesure que les accidentés ou leurs parents seront mieux instruits de leurs droits.

(N° 125. Mai 1906).

KOVALESKY. — **L'Épilepsie et la Migraine.** — La migraine et l'épilepsie peuvent se combiner et se substituer l'une à l'autre, ce qui

démontre leur parenté : La longue observation citée par K. est intéressante à cet égard. En dehors de la combinaison des accès de migraine avec les crises épileptiques, la malade signalée présentait certaines particularités dignes de remarque ; substitution d'accès comitiaux aux sensations voluptueuses de la fin du coït, apparition d'accès isolés réduits à l'aura seule, manifestation intermitente de crises de fureur non motivée, équivalent de l'accès classique.

L'Encéphale
(1re année, n° 2, 25 mars 1906).

KLIPPEL ET LHERMITTE. — **Des lésions de la moelle dans la démence précoce.** — Dans la moelle comme dans le cerveau, l'agent causal lèse presque exclusivement l'élément le plus profondément différencié : neurone sensitif périphérique ou systèmes des fibres d'association (cordons postérieurs et latéraux). Les vaisseaux et les méninges n'ont pas présenté d'altérations. Au point de vue clinique les auteurs estiment qu'il devient nécessaire de rechercher dans tous les cas, la série des troubles tabétiques puisque des lésions tabétiques peuvent survenir dans la démence précoce la plus incontestable.

SÉRIEUX ET CAPGRAS. — **Les symptômes du délire d'interprétation.** — Trois traits essentiels caractérisent la symptomatologie du délire d'interprétation : la multiplicité des interprétations, la rareté des troubles sensoriels, la persévérance de l'activité intellectuelle. S. et C. étudient cette triade grâce à laquelle les malades présentent des caractères assez tranchés pour mériter plus qu'une brève mention dans la foule si protéiforme des dégénérés — Observations.

DENY ET RENAUD. — **Confusion hallucinatoire aiguë et insuffisance hépatique.** — Il s'agit d'une femme encore jeune et bien constituée, sans prédisposition névropsychopathique évidente, ni alcoolique ni syphilitique qui fut prise brusquement, au cours de troubles gastriques habituels d'un délire diffus, onirique, hallucinatoire accompagné de confusion, entrecoupé de périodes d'excitation et de dépression. Après examen nécropsique, D. et R. résument aussi la filiation des troubles morbides de leur malade. A la suite d'une légère affection gastro-intestinale, le foie adultéré n'exerçant plus son rôle antitoxique, l'apparition brusque du délire est la conséquence de cette insuffisance hépatique. A l'insuffisance hépatique viennent se joindre l'insuffisance cérébrale puis l'insuffisance rénale comme cela est la règle. L'auto-intoxication est de plus en plus intense et la malade succombe dans l'adynamie après déchéance complète de toutes ses fonctions organiques.

Mlle PASCAL. — **Formes atypiques de la paralysie générale.** Elles comprennent toutes les paralysies générales qui se compliquent d'un syndrome en foyer au cours de leur évolution morbide. Du cadre des nombreuses formes atypiques, l'auteur a isolé la forme hémiplégique et la forme aphasique.

La forme hémiplégique se présente elle-même sous deux modes différents : f. hémiparétique de Baillarger et f. hémiplégique durable, de nature spasmodique. Cette dernière variété qui respecte presque toujours la face, est surtout intéressante par la lésion dont elle dépend : *l'atrophie hémisphérique*. L'aphasie durable ou permanente est un fait assez rare dans la paralysie générale, mais sa présence crée un syndrome mixte qui rend l'appréciation exacte du déficit intellectuel extrêmement délicate. Au point de vue clinique il y a lieu de distinguer

une forme aphasique à prédominance motrice et une forme à prédominance sensorielle.

Sans entrer dans le détail des intéressantes explications pathogéniques présentées par l'auteur au sujet des formes atypiques étudiées, signalons les conclusions suivantes qui les résument :

En irritant les neurones, les lésions prédominantes produisent des phénomènes d'excitation, contractures corticales et hallucinations. En les détruisant, elles déterminent des phénomènes de déficit : contractures spinales, aphasie et hémianopsie.

(N° 3, 25 mai 1906).

KLIPPEL — **Modifications hématologiques dans le délire transitoire.** — Chez un jeune homme de 19 ans, atteint de délire polymorphe passager avec excitation (délire des dégénérés) l'examen du sang pratiqué successivement au maximum de l'état délirant, et après la guérison a montré que le fait pathologique a été une suractivité de la fonction sanguine. On peut admettre qu'au cours de certains délires, les seuls troubles de la circulation par perturbations nerveuses vasomotrices sont capables de modifier les éléments du sang. Cette modalité serait à opposer à l'action simultanée sur les organes hématopoiétiques et sur le système nerveux d'une infection ou d'une intoxication.

MAILLARD ET MILHIT. — **Un cas de tumeur cérébrale avec sommeil.** — Glio-sarcome très vasculaire chez une femme de 47 ans. Il s'agissait de *sommeil*, véritable, non de torpeur. Pour les auteurs le sommeil pathologique des sarcomes cérébraux ne dépend ni de la localisation, ni d'une compression générale de la tumeur, mais d'une véritable intoxication produite par les cellules néoplasiques.

SAINTON ET R. VOISIN. — **Les séquelles psychiques des méningites cérébro-spinales aiguës.** — Le bilan des séquelles mentales post-méningitiques est incertain et incomplet. Une enquête soigneuse faite par les aliénistes établira si les réactions méningées peuvent être à échéance plus ou moins longue la cause des psychoses.

(N°s 2 et 3).

REGIS. — **Poésie et paralysie générale. La poésie dans les maladies mentales.** — Ces articles, dit l'auteur, ne comportent pas de conclusions. Le goût de la poésie persiste chez les aliénés comme chez les criminels : la déraison ne l'anéantit pas, mais au contraire l'exalte, ou le crée parfois. R. a réuni et publié de nombreux et amusants poèmes d'aliénés.

Journal de neurologie de Bruxelles
(11e année, n°s 10 et 11, 20 mai-5 juin 1906).

MARANDON DE MONTYEL. — **Les pervers.** — Le pervers déjà dépeint par Pinel et surtout par Morel ne doit être confondu ni avec l'aliéné criminel, ni avec le criminel devenu aliéné. Les aliénés criminels ne diffèrent en rien des aliénés ordinaires avec lesquels ils doivent être placés dans les asiles : on aurait pu éviter par une surveillance plus précoce, l'accomplissement du crime dont ils sont coupables. Le criminel aliéné est un être nuisible devenu malade et qui conserve dans la maladie ses appétits malfaisants : il doit être traité dans un asile spécial, sorte d'annexe des maisons centrales.

Le pervers n'est pas un aliéné ; il ne peut pas ne pas être un mauvais sujet : tel est son mal ; mais il ne délire pas. On le dit débile parce

qu'il est paresseux à l'école comme à l'atelier. Il est très ingénieux à mal faire, mais il devient rarement un vrai criminel : il est plus capable d'incorrections et de délits que de crimes contre les personnes, c'est un instable, et suivant l'expression de Ribot, *un idiot de la volonté*. C'est un malade spécial auquel convient, par conséquent, une assistance spéciale. L'asile approprié au pervers doit atteindre un quadruple résultat : 1° Il sera aménagé de façon à ce que les évasions en soient impossibles ; 2° mais pour que le malade devant y être soigné, éduqué, moralisé ne conçoive pas l'idée d'une pénible sequestration ; 3° le travail y sera obligatoire, mais librement choisi ; 4° une école primaire sera installée à côté de l'atelier.

La sortie définitive du pervers n'est possible qu'en cas de guérison, mais elle pourrait être précédée d'une sortie conditionnelle sous surveillance, pendant laquelle les sociétés de patronage seraient appelées à rendre de grands services à l'autorité administrative.

Gazette des Hôpitaux
(79e année, n° 66, 12 juin 1906).

A. Mathieu et J. Ch. Roux. — **Traitement de l'hystérie gastrique.** — L'isolement constitue le traitement de choix dans toutes les variétés d'hystérie gastrique : Il faut y avoir recours dans les formes graves; mais il doit être absolu, illimité comme durée, surveillé de très près par le médecin et prolongé jusqu'à guérison complète : On peut profiter de la claustration pour instituer une véritable éducation de la volonté. Juquelier.

PSYCHOLOGIE

Archives des sciences physiques et naturelles
(Genève, 15 mars 1906).

Claparède. — **Quelques expériences sur le témoignage.** — On a généralement tendance à admettre que l'exactitude est la règle dans le témoignage indiscutablement sincère. Or les recherches psychologiques entreprises sur la valeur du témoignage depuis Stern, un initiateur dans cette voie ; et dont une intéressante série a été réalisée à Genève par Mlle Borst, ont montré qu'au contraire le témoignage exact est l'exception.

Malheureusement les expériences de Mlle Borst ne représentaient pas des objets comparables à ceux sur lesquels on est appelé à témoigner, et les conditions un peu artificielles de l'expérience étaient aussi toutes différentes de celles qui accompagnent le déroulement des événements normaux de la vie.

Il y avait là des objections qui pouvaient donner beau jeu aux critiques des adversaires de toutes les expériences psychologiques. Mais de nouvelles expériences fort intelligemment conçues et très habilement réalisées par M. Claparède montrent que certaines conclusions générales du travail de Mlle Borst étaient tout à fait applicables dans les conditions habituelles de la vie.

1° Au cours d'une de ses leçons de psychologie à la Faculté des Sciences de Genève, C... a distribué à ses auditeurs des feuilles de papier blanc en les priant de répondre sur le champ par écrit à une vingtaine de questions relatives à des objets tombant chaque fois dans leur champ visuel. Or les témoignages relatifs à ces questions ont été très mauvais : la *fidélité* du témoignage définie par le rapport des réponses justes aux réponses totales n'a été que de 28 p. 100, chiffre

très inférieur à celui obtenu par Borst. La supériorité nette des femmes pour les dépositions signalée par ce dernier auteur n'a pas été notée par C.

2° Un jour où il y avait des gens déguisés dans la ville, C... fit entrer dans la salle même où il faisait son cours, un individu travesti et masqué. Quelques jours après cette apparition on invita très sérieusement les auditeurs à fournir un signalement de l'individu en question ; puis, ils furent priés de reconnaitre le masque placé entre dix autres plus ou moins différents. En ce qui concerne le signalement, on obtint une fidélité moyenne de 60 p. 100, et cette fidélité, chez quelques personnes interrogées quatre à cinq semaines après les autres, ne se montra pas amoindrie pour cet événement qui les avait sans aucun doute frappées. Pour la confrontation il n'y eut que 4 personnes sur 22 qui reconnurent le vrai masque, 10 en indiquèrent un autre; 8 ne purent se décider.

Ce fait vraiment intéressant que, dans des circonstances inoubliables pour les assistants, un individu n'a pu être reconnu que par une infime minorité, moins de 17 p. 100, incite à réfléchir sur la valeur de certaines affirmations faites au cours de confrontations judiciaires. On peut recommander aux magistrats la lecture de la relation de ces intéressantes expériences de M. Claparède.

PIÉRON.

NOUVELLES

Le programme du Congrès d'Assistance des Aliénés de Milan (26-30 septembre 1906). — Nous avons déjà signalé les deux premières questions générales mises à l'ordre du jour du Congrès de Milan : *Progrès de l'Assistance des Aliénés depuis 1902. Organisation des sections d'observation, de surveillance et d'isolement dans les asiles et les colonies.*

En outre des rapporteurs ont accepté de traiter des sujets suivants : *Assistance des Aliénés convalescents et sociétés de patronage. Assistance des anormaux (faibles d'esprits, alcooliques, épileptiques, fous moraux) etc.*

Le Comité d'organisation a adjoint au Congrès une exposition des plans d'asiles et établissements analogues les plus remarquables, et s'efforcera de jeter les bases d'une *statistique internationale des Aliénés.* Enfin d'accord avec le comité, le docteur FRANK (de Zürich) proposera la fondation d'un Institut International ayant pour but d'étudier et de combattre les causes des maladies mentales.

Troubles du caractère guéris par la trépanation. — Une remarquable transformation a été obtenue par une intervention chirurgicale chez un enfant de 12 ans incorrigiblement vicieux, de Cléveland (Ohio). Les autorités de cette ville avaient consulté les médecins dans le but de déterminer si l'on pouvait trouver quelque moyen de modifier l'état de ce garçon. L'examen mit en lumière ce fait, que l'enfant avait été atteint, à l'âge de cinq ans, d'une fracture du crâne. Là dessus une opération fut décidée, au cours de laquelle on trouva un fragment osseux qui comprimait le cerveau de l'enfant et faisait de celui-ci un dégénéré. Aussitôt après l'opération le sujet devint docile et affectueux. *The Tribune*, Chicago, Avril 1906.

E. PERPÈRE.

Université de Buda-Pest. — M. E. Konrad a été nommé privat-docent de psychiatrie.

Université de Gratz. — M. O. Gross a été nommé privat-docent de psychopathologie.

Faculté de Médecine de Berlin. — Le titre de professeur à été conféré à M. R. Henneberg, privat-docent de neurologie et de psychiatrie. .

Université John Hopkins. — M. K. Dunlap de l'Université de Californie a été nommé instructeur de psychologie expérimentale.

Personnel des asiles. — *Mouvement de juillet.*

M. le Dr Chardon, médecin en chef à Armentières (Nord) promu à la 1re classe.

M. le Dr Chocreaux, médecin en chef à Bailleul, promu à la 2e classe.

M. le Dr Maupaté, directeur médecin à la Charité (Nièvre) nommé médecin en chef à Bailleul (Nord), posté créé.

M. le Dr Levet, médecin en chef à Aix (B.-du-Rhône) nommé directeur médecin à la Charité (Nièvre).

M. le Dr Lalanne, nommé médecin en chef à Maréville (Meurthe-et-Moselle), poste créé.

M. le Dr Toy, médecin adjoint à Braqueville (Hte-Garonne) nommé médecin en chef à Aix (B.-du-Rhône).

Avis aux Lecteurs

La Rédaction attire l'attention des lecteurs qui collectionnent la Revue de Psychiatrie *sur l'erreur de pagination des nos 6 et 7* (Juin et Juillet 1906.) *Les pages de ces fascicules sont numérotées de* 120 à 208 *au lieu d'être numérotées de* 220 à 308.

Des indications seront données dans la table des matières du numéro de décembre, pour permettre de corriger cette erreur au cours des recherches.

Le gérant : A. Coueslant.

PARIS & CAHORS, IMPRIMERIE A. COUESLANT (3-IX-06)

REVUE CRITIQUE

L'ASSISTANCE DES DÉBILES MORAUX

Par A. VIGOUROUX

(Médecin en Chef à l'Asile de Vaucluse)

L'assistance des enfants délinquants ou pervers intéresse, à la fois, les philanthropes, les magistrats et les médecins. Entre le dégénéré présentant de la débilité morale ou des perversions instinctives interné comme aliéné à la Colonie ou à l'Asile de Vaucluse, l'enfant vicieux et indiscipliné placé par ses parents à l'école Théophile Roussel, et le jeune délinquant considéré comme ayant agi sans discernement et détenu dans une colonie pénitentiaire, l'écart n'est pas grand ; et souvent c'est la nature du délit et ses circonstances qui ont décidé le placement dans l'un ou l'autre de ces établissements, bien plus que l'état mental du jeune délinquant.

Or, depuis quelques années, la lutte contre le mal criminel, et en particulier contre la criminalité juvénile est entrée dans une période active. Sous l'influence de philanthropes et de médecins : Théophile Roussel, Béranger, le Dr Thulié, Albanel etc., de nombreuses mesures prophylactiques ont été prises : au lieu de punir l'enfant, de lui faire expier ses fautes, on veut tenter de le moraliser, de le redresser, de le rendre apte à prendre sa place dans la société. Sous l'influence de cette poussée généreuse d'opinion, les articles du code pénal qui règlent les punitions des mineurs sont battus en brèche, les colonies pénitentiaires tendent à perdre leur caractère de prison pour devenir maisons d'éducation, des écoles de réformes ont été créées et enfin un patronage familial, destiné à préserver la jeunesse, a été fondé par M. Albanel.

Il nous a paru intéressant de passer en revue ces différents établissements, en cherchant à montrer l'évolution des idées sur l'assistance et l'éducation des jeunes débiles moraux.

***

Le nombre des enfants mineurs traduits, en France, devant les tribunaux correctionnels, chaque année, est de 5 à 6.000. Le quart à peine est envoyé dans les maisons de correction.

A Paris, pendant les douze dernières années, sur 21.657 mineurs de 16 ans, arrêtés pour différents délits le plus souvent pour vol et vagabondage, 5.916 ont été déférés au tribunal correctionnel qui n'en a envoyé en correction qu'une partie.

Avant d'étudier ce que deviennent ces jeunes délinquants, voyons d'abord ce qu'ils sont.

L'étude de leur état mental est de date relativement récente et c'est à M. Albanel, juge d'instruction à Paris, fondateur-directeur de la Société du patronage familial destinée à préserver la jeunesse contre le mal criminel, que nous devons une institution originale qui est déjà féconde en résultats. Il a fondé une clinique médico-pédagogique, gratuite, ouverte à tous, qui fonctionne depuis 4 ans « où sont amenés par leur famille sur l'avis des autorités judiciaires ou administratives, ou des direteurs d'écoles, les enfants délinquants, vicieux ou indisciplinés ». Il a pu établir grâce à des examens biologiques faits par des médecins spécialistes que la moitié des enfants soumis à cet examen étaient des dégénérés, plus ou moins atteints, devant faire l'objet d'une éducation spéciale et rationnelle. (Congrès d'anthropologie criminelle de Turin, 28 mai 1906) et M. Albanel regrette, avec juste raison, que tous les jeunes délinquants ne fassent pas l'objet d'un examen médical.

Cet examen permettrait d'éliminer de suite un nombre considérable d'infirmes de l'intelligence : débiles profonds, imbéciles, de véritables malades : hébéphréniques ou déments précoces, épileptiques, etc.

Les autres enfants sont également des anormaux bien qu'à un degré moindre ; à un examen superficiel, leur intelligence parait intacte, parfois même brillante, mais un examen plus approfondi montre à côté de leur débilité morale, des modifications importantes dans leur fonctionnement physique.

M. Kahn [1] avocat, secrétaire de la Société du patronage familial, a bien étudié un très grand nombre d'enfants délinquants ; il en fait la description suivante : Soumis à un examen psychologique minutieux, ils se montrent en général peu instruits, paresseux, incapables d'un effort, suggestionnables surtout vis à vis des mauvaises influences ; leur affectivité est très faible : ils n'ont pas d'affection vraie pour leurs parents, ils ne sont pas accessibles au repentir ; très menteurs, vantards, ils inventent des histoires à plaisir ; d'un orgueil immense, ils placent leur amour-propre à posséder un couteau, à avoir une maîtresse ; comparaître en correctionnelle est pour eux le plus grand honneur. Les journaux, par la publicité qu'ils donnent aux exploits des jeunes délinquants contribuent à les encourager. « L'enfant ne rêve plus d'être un grand général Don Quichotte, ou Robinson Crusoé..., il veut être « *apache* », parce que les apaches représentent à ses yeux le chevalier de la cité moderne. »

Vagabondage, vols, surtout vols à l'étalage, sont les délits le plus souvent commis par les jeunes délinquants ; on ren-

[1] Congrès d'Anthropologie de Turin, 1906.

contre aussi des coups et blessures, et aussi chez les petites filles la prostitution.

Parfois, ces jeunes délinquants portent le poids d'une lourde hérédité névropathique ou psychopathique ; d'autres fois, ce sont des enfants à volonté faible surtout, victimes d'une mauvaise éducation ; soit que les parents indignes leur donnent eux-mêmes de mauvais exemples, soit que la désorganisation de la famille les laisse privés de surveillance et de direction, à l'école démoralisatrice de la rue.

Souvent, dans la famille des jeunes délinquants pervers, on trouve des raisons qui expliquent le manque de surveillance et par suite la mauvaise éducation : ivrognerie du père qui laisse à la mère le soin de nourrir et de surveiller une nombreuse famille, désunion du ménage qui laisse à un de ses membres la même charge, mort de la mère et introduction dans le foyer d'une belle-mère mal disposée pour les enfants d'un premier lit, absence de la maison du père et de la mère occupés tous les deux à l'atelier, etc.

Enfin dans certains cas, l'influence sociale et familiale ne peut être incriminée et l'on voit dans une famille normale au milieu d'enfants normaux naître un enfant pervers et vicieux.

Dans ces cas, l'état pathologique passager des parents au moment de la conception, les émotions et la maladie de la mère au cours de la grossesse, une méningite de l'enfance, peuvent avoir créé une tare dégénérative qui se manifestera dans la sphère morale aussi bien que dans la sphère intellectuelle ou dans la constitution physique.

*
* *

Que deviennent ces jeunes délinquants amenés en si grand nombre devant les commissaires de police et devant les tribunaux correctionnels ?

Quelle que soit l'origine de leurs anomalies morales, ils sont des antisociaux, et la société a le droit et le devoir de prendre vis à vis d'eux des mesures préservatrices et défensives.

Jusqu'à ces derniers temps, la société n'intervenait pour exercer des mesures répressives que lorsque les manifestations nocives de l'enfant s'étaient affirmées par des faits délictueux graves ; aujourd'hui grâce à l'énergique impulsion donnée à l'opinion par Théophile Roussel, Bérenger, le Dr Thulié, M. Albanel, il est reconnu qu'il vaut mieux combattre chez l'enfant les tendances vicieuses dès le début de leur apparition par une médication morale et une éducation sociale appropriées.

A la maison de correction et aux colonies pénitentiaires, sont venues s'adjoindre récemment les écoles de réforme et le

patronage familial. Depuis 25 ans déjà est ouverte la colonie de Vaucluse pour les jeunes dégénérés vicieux (établissement spécial dont M. Albanel demandait la création ou l'agrandissement dans un rapport récent sur l'école Théophile Roussel. Rapport au Conseil général 28 décembre 1901, p. 1.364).

Ce sont ces différents établissements que nous allons étudier rapidement[1].

Il n'entre pas dans notre plan de faire l'historique des moyens de répression des délits des enfants. Disons cependant que sous le règne de St-Louis *(ordonnance de 1268)*, les enfants étaient condamnés au fouet et à l'amende, au-dessus de 14 ans, au fouet, à l'imposition et à la prison.

Dès 1545, sous François Ier, les châtiments corporels sont supprimés, et les enfants vagabonds et mendiants étaient internés dans les hôpitaux où ils *étaient instruits et moralisés*. Ils en sortaient pour être placés chez des agriculteurs et des artisans.

Plus tard ils furent placés sans limite de temps à la Salpétrière et à Bicêtre. Le fouet servait de moyens de correction.

En 1790, à Bicêtre[2], se trouvaient placés jusqu'à 18 ans :

24 enfants de chœur
116 enfants de la visitation
23 enfants de la correction

Dans les sections se trouvaient également détenus des enfants ou des jeunes gens placés par leur famille par lettre de cachet : tels : Antoine Dumagny inculpé par sa mère d'un vol chez sa tante, tentative de suicide ; Jacques Philing, 18 ans, détenu par sa famille, pour vol d'une montre à son maître de pension ; Dominique Laporte, 16 ans, enfermé pour penchant au vol, etc.[3].

Dans le quartier des fous de Bicêtre, dans l'emploi St-Prix les commissaires de mendicité furent stupéfaits de rencontrer 52 particuliers de tout âge prévenus de crime ou d'inconduite. (*loc. cit.*)

Enfin un membre de la Convention Nationale décrivait ainsi les prisons : cloaques immondes où femmes, enfants, hommes *jeunes ou vieux*, tous les âges, toutes les conditions, l'innocence et le crime étaient confondus dans un pêle-mêle monstrueux.

L'Assemblée Constituante établit une législation plus humaine, (les décrets du 25 septembre et 8 octobre 1791), rendit les mineurs justiciables de juridiction correctionnelle, posa la question de discernement et remplaça les châtiments corporels par une

[1] Nous n'avons, dans ce travail, étudié que les établissements pour les jeunes garçons.

[2] Assistance Publique à Paris pendant la Révolution. Alex. Tuetey, 1895, p. 230.

[3] Lettre du Comité des cachets à M. Bailly au sujet de la requête présentée à l'Assemblée nationale par dix personnes de Bicêtre (7 octobre 1790). *Loc. cit.*

éducation spéciale. « Le coupable sera rendu à ses parents ou conduit dans une maison de correction pour y *être élevé et détenu* pendant tel nombre d'années etc. » (Article 2 de la loi pénale 1791).

Le Code pénal (1810) s'est inspiré de cette législation, en l'adoucissant, pour établir les articles 66, 67, 68, 69.

Les enfants délinquants âgés de moins de seize ans sont distingués en deux catégories suivant qu'ils ont agi sans discernement ou avec discernement.

Dans le 1er cas, ils sont acquittés et suivant les circonstances rendus à leurs parents ou conduits dans une maison de correction pour y être détenus et *élevés* pendant tel nombre d'années que le jugement déterminera et qui toutefois ne pourra excéder l'époque où ils auront atteint leur vingtième année (Art. 66).

S'il est décidé qu'ils ont agi avec discernement : ils seront condamnés à la peine de 10 à 20 ans d'emprisonnement dans une maison de correction ; s'il ont encouru la peine de mort, à être renfermés dans une maison de correction pour un temps égal au tiers au moins, à la moitié au plus, de celui auquel ils auraient été condamnés, etc. (Art. 67).

Dans ces deux articles, comme le fait remarquer le Dr Thulié, c'est dans le seul mot *élevé* que l'on peut trouver une tendance éducative. Le terme maison de correction a le sens de prison, mais de prison mitigée, adoucie parce qu'elle est destinée à des enfants.

Cette loi ne fut pas appliquée de suite : les enfants furent d'abord mélangés aux autres prisonniers dans les prisons centrales, puis plus tard séparés dans des quartiers spéciaux des prisons. Mais ce quartier était un véritable lieu de répression et de punition et non de correction et d'éducation.

C'est à l'initiative privée que sont dues les institutions charitables de Oullins (Rhône) 1835 et de Mettray destinées à recevoir les enfants acquittés en correctionnelle (art. 66). Les philanthropes de Metz et Courteilles par leur exemple, les résultats obtenus et par leur activité personnelle devinrent les artisans de la loi du 3 Août 1850 qui développa la faible indication que l'article 66 du code pénal donnait pour l'éducation des jeunes délinquants.

L'article I de cette loi dit en effet que les mineurs délinquants recevront : « *soit pendant leur détention préventive, soit dans leur séjour dans les établissements pénitentiaires, une éducation morale, religieuse et professionnelle.* »

Elles distinguent les *colonies pénitentiaires* où sont placés les jeunes détenus acquittés en vertu de l'article 66 du code pénal, les jeunes condamnés à un emprisonnement de moins de deux

ans, des *colonies correctionnelles* (Art. 10) où sont conduits et élevés les jeunes détenus condamnés à plus de deux années et les détenus des colonies pénitentiaires déclarés insubordonnés.

Par son article 19, elle place les détenus sous le patronage de l'assistance publique pendant trois années au moins après leur libération.

Un règlement d'administration publique détermine le régime disciplinaire de ces établissements et le mode de patronage des détenus après leur libération.

Le règlement du 10 Avril 1869 récemment modifié (15 juillet 1893), prévoit les récompenses : inscriptions au tableau d'honneur, bons points, grades, emplois de confiance, prix en argent et en nature, admission dans un quartier de récompense, placement chez un particulier, engagement dans les armées de terre ou de mer, remise aux familles ; les punitions : privation de récréation, piquet, corvée, mauvais points, réprimande, lit de camp, pain sec, peloton de discipline, cellule de punition, envoi à la colonie correctionnelle. L'usage des menottes est interdit à titre de punition.

Par décret du 11 novembre 1885 tout détenu âgé de moins de seize ans doit être complètement séparé des détenus adultes.

Les mineurs enfermés par voie de correction paternelle conformément aux articles 335 et suivants du code civil (titre IX) sont placés dans des quartiers spéciaux et sont maintenus à l'isolement de jour et de nuit.

Cette loi de 1850 accomplit un grand progrès car elle pose nettement le principe de redressement par l'éducation et indique l'obligation d'une éducation morale et professionnelle : elle a préparé l'amélioration des procédés répressifs appliqués aux jeunes détenus.

C'est sous le régime de la loi de 1850 et sous le règlement des 10 avril 1869 et 15 juillet 1899 que fonctionnent aujourd'hui les 9 établissements pénitentiaires publics et les 18 privés.

Au 1er juillet 1904 les établissements privés contenaient 923 garçons et 388 filles ; les établissements publics 2065 garçons et 170 filles.

Nous allons étudier quelques-uns de ces établissements :

La *colonie industrielle d'Aniane* (Hérault) fondée en 1885, contient 280 pupilles en moyenne, le nombre d'entrées en 5 ans a été de 474.

L'enseignement scolaire est donné par 5 instituteurs.

L'enseignement industriel comprend outre les services agricoles et économiques, la mécanique, la serrurerie, la chaudronnerie, le charronage, la menuiserie, la cordonnerie, la maçonnerie, etc.

La *section maritime de la colonie de Belle-Isle en mer*, fondée en 1880 contient 90 à 100 enfants et comprend 4 ateliers : matelotage et cordonnerie, voilerie, garniture, corderie, quatre embarcations employées à l'exercice et à la pêche et une goëlette de 25 tonneaux. Les vingt pupilles qui composent l'équipage de ce dernier bateau sont considérés comme inscrits maritimes.

La *colonie agricole de Douaire* près Gaillon (Eure) a une population moyenne de 307 enfants ; elle a reçu en cinq années 606 détenus.

Le personnel éducateur et de surveillance comprend 7 instituteurs dont le sous-directeur et le comptable, un chef de culture, un surveillant en chef et 41 surveillants.

Un comité de patronage vient en aide aux enfants placés chez des particuliers et un refuge est organisé pour les anciens pupilles libérés se trouvant sans travail et sans ressources. Les anciens pupilles appartenant à l'armée en permission ou en convalescence sont également admis au refuge.

On voit par le nombre des surveillants et celui des instituteurs que l'éducation morale est bien le but cherché actuellement.

Le résultat cherché est-il obtenu ? Il est difficile de l'affirmer car les statistiques sur le nombre des jeunes détenus, qui récidivent est difficile à établir.

Toutefois l'état de chose actuel tel qu'il est défini par le code pénal, la loi de 1850 et les règlements est passible de nombre de critiques que le Dr Thulié a exposées éloquemment dans son beau livre sur le *dressage des jeunes dégénérés*.

Le docteur Thulié n'admet pas que, pour des enfants, on pose la question de discernement qui dans la loi de 1850 comme dans le code pénal est le principe de la division des enfants en 2 catégories.

« Dans le courant scientifique que dirigera de plus en plus la législation, l'idée d'expiation est remplacée par l'idée autrement féconde de redressement, de réforme, de retour par un entrainement médico-pédagogique spécial à la normale des lois morales. »

Pour lui la question de discernement c'est-à-dire de responsabilité ne doit pas se poser pour les mineurs dont on peut redresser les instincts.

« Point d'enfants coupables : des enfants à élever et à instruire dans le sens vrai du mot. »

Il propose donc de supprimer de nos lois comme on l'a fait en Belgique, la question de discernement et d'envoyer dans des maisons d'orthopédie morale, tous les enfants arrêtés pendant leur minorité pénale.

Le Dr Thulié demande aussi que la minorité pénale soit portée de seize à dix-huit ans, réforme qui vient d'être accomplie en France récemment.

Enfin il s'élève avec force contre la limitation du séjour dans une colonie pénitentiaire qui n'est que l'expression de l'idée de punition et d'expiation. Comment le juge en effet, peut-il estimer le temps nécessaire à la reconstitution morale du jeune arriéré ? Il rappelle le vœu que M. le conseiller Voisin a fait voter au Congrès pénitentiaire de 1895, tendant à ce que les mineurs délinquants soient placés sous la tutelle administrative jusqu'à leur majorité civile et qu'il ne soit pris fin à cette tutelle seulement quand l'autorité jugera que la tâche éducative est terminée.

On sait que le principe de l'indétermination de la durée de la peine est appliqué dans toute sa rigueur en Amérique dans la maison de réforme d'Elmira[1] et qu'il y donne d'excellents résultats.

La suppression des courtes peines implique la modification complète de la loi de la Correction paternelle. (Art. 376 et 377 du code civil) qui fixe à un mois et à six mois la durée de l'emprisonnement et qui autorise le père à diminuer encore cette durée. L'expérience montre que nombre d'ordonnances fixent l'internement à six mois alors qu'en fait, il dure quelques jours à peine.

Puisque le père de famille s'est cru incapable de corriger lui-même son enfant, il ne peut pas être juge de la question de savoir à quel moment il doit reprendre son fils, il faut que la loi lui permette de faire interner son enfant dans une maison de réforme pour un temps indéterminé.

L'expérience tentée par le département de la Seine à l'école Le Peletier de St-Fargeau fonctionnant comme établissement pénitentiaire a montré la valeur de ces critiques. Cette école n'a pas donné les résultats qu'on aurait pu attendre parce que les enfants y arrivaient à un âge trop avancé, 14 à 16 ans, et que la durée de leur séjour était limitée.

« L'enfant vicieux, dit M. Albanel, a besoin d'être corrigé dès la première apparition des naturels vicieux ».

***

A côté de cette tendance nouvelle à considérer l'internement dans une colonie pénitentiaire non comme une peine expiatrice, mais comme une mesure d'éducation et d'orthopédie morale,

[1] La maison de Réforme d'Elmira de l'Etat de New-York, par A. Cullerre *Annales Medico-psychologiques*. Juillet, août 1906, p. 66.

s'est manifesté dans le même but de prophylaxie de la criminalité et de préservation sociale un effort vigoureux pour préserver l'enfance de la contagion du vice et du crime.

Les lois scolaires, les ligues et les œuvres créées à côté de l'école ont fourni un moyen puissant de moralisation en venant aider à la famille dans l'éducation des enfants.

Mais quand cette famille est indigne ou incapable, les enfants sont victimes de la situation familiale ; c'est pour venir en aide à ces malheureux enfants, pour les empêcher d'être contagionnés par leurs propres parents que Théophile Roussel fit voter en 1889 une loi permettant de prononcer la déchéance paternelle de parents indignes, à cause de leur inconduite ou de leur immoralité, d'élever des enfants.

Plus de 20.000 enfants sont devenus ainsi les pupilles de l'Assistance publique.

Enfin par une loi du 19 avril 1898, votée à l'instigation de M. Bérenger, certains enfants délinquants peuvent être confiés *judiciairement* à la garde de particuliers ou d'associations charitables quand leur présence dans leurs familles incapables, insouciantes ou impuissantes, peut constituer un danger pour eux ou pour la société. (Art. IV).

Cette loi que M. Albanel qualifie de véritable révolution et qui à son avis complète à peu près la législation préventive de l'enfance coupable, reste sans application parce que les moyens pécuniaires manquent, les associations charitables capables d'assumer la responsabilité d'une éducation prolongée sont rares.

Dans le but de satisfaire à ce besoin le conseil général de la Seine a fondé en 1901 à Montesson, *l'école de réforme Théophile Roussel,* dans les bâtiments de l'école Le Peletier Saint-Fargeau.

Cette école reçoit des enfants vicieux et indisciplinés de 7 ans à 14 ans ; l'expérience a montré en effet qu'après 14 ans il est difficile de transformer moralement et intellectuellement l'enfant élevé à l'école de la rue.

Les enfants sont placés soit par le juge d'instruction par application de la loi de 1898, soit par l'Assistance publique, soit enfin par les parents. Dans ce dernier cas les parents font une demande d'admission à la suite de laquelle est faite une enquête au sujet de l'enfant auprès de la municipalité du quartier et du directeur de l'Ecole qu'il a fréquentée, puis l'enfant est examiné par un des médecins agréés par l'école, au point de vue mental où physiologique.

A son entrée l'enfant est isolé et mis en observation pendant 8 à 15 jours : puis, suivant son âge il est placé dans un des pavillons.

En 1904, 320 élèves étaient placés dans cette école, huit instituteurs, deux institutrices, 14 instituteurs suppléants et 8 maîtres ouvriers étaient chargés de leur éducation pédagogique et professionnelle. Les enfants restent en relation avec leurs familles, ils ont des sorties et des congés réguliers, et sont remis à leurs parents dès que l'amendement a été constaté. Leur séjour ne peut se prolonger au-delà de l'âge de 17 ans ; mais jusqu'à sa majorité, le conseil de patronage s'occupe de l'enfant et lui assure une protection sérieuse et efficace.

Une autre école de réforme affectée aux jeunes garçons de moins de douze ans, acquittés comme ayant agi sans discernement et remis à la tutelle administrative jusqu'à un âge spécifié, est *l'école de Saint-Hilaire* (Vienne).

Elle se compose de trois sections : la ferme de Chanteloup qui reçoit les enfants à leur arrivée (de 7 ans à 12 ans) et dans laquelle le service intérieur est fait par des femmes et l'instruction donnée par 3 institutrices, la ferme de Bellevue qui reçoit les enfants de Chanteloup et les garde de 12 à 15 ans, la ferme de Boulard qui garde les enfants venant de Bellevue jusqu'à leur départ soit par libération provisoire, placement, engagement ou par libération définitive.

Un médecin est attaché à cette école et visite tous les jours les enfants de Chanteloup.

Un comité de patronage fonctionne à la colonie et vient en aide non seulement aux pupilles placés chez des particuliers, mais aux pupilles libérés qui se trouvent sans travail et sans famille.

Cette école de réforme est soumise au règlement des colonies pénitentiaires.

Enfin une création nouvelle, une des plus importantes mesures de prophylaxie de la criminalité juvénile est la *société de patronage familial*, fondée il y a cinq ans, par M. Louis Albanel.

Cette société a pour but de renforcer, par une intervention étrangère et compétente, l'autorité éducatrice d'une famille honorable mais simplement impuissante et désarmée devant un enfant rebelle à l'éducation normale.

Tantôt, elle n'intervient auprès des parents que par des conseils judicieux que suggère l'étude de l'enfant, tantôt elle déplace l'enfant et le transplante dans un autre milieu familial soit en le mettant en apprentissage à Paris ou en l'envoyant à la campagne chez un cultivateur ou dans un établissement industriel, tantôt enfin elle conseille son entrée dans une école de réforme [1].

[1] Congrès d'anthropologie criminelle de Turin 1906. Communications de MM. Albanel et Kahn.

Tels sont les moyens employés, tant par les pouvoirs publics que par l'initiative privée, pour combattre le fléau criminel chez les jeunes gens.

Les jeunes mineurs délinquants sont les uns rendus à leurs famille qui avec ou sans l'aide du patronage familial s'efforce de les moraliser, d'autres, plus indisciplinés, sont placés à l'école de réforme. D'autres sont placés dans les colonies pénitentiaires qui se transforment de plus en plus en maisons de réforme et d'éducation, les plus insubordonnés enfin sont envoyés à la maison de correction d'Eysses.

Il existe encore un autre établissement où l'éducation médico-pédagogique, souvent réclamée par M. Albanel et M. Kahn est donnée à des anormaux parfois délinquants ; nous voulons parler de la colonie de Vaucluse (Seine-et-Oise) fondée par le Conseil général de la Seine il y a une trentaine d'années.

La Colonie de Vaucluse reçoit sous le régime de la loi de 1838 sur les aliénés, les enfants débiles de 7 à 16 ans, susceptibles d'être éduqués et employés à la culture maraîchère ; les débiles profonds, imbéciles, idiots ou épileptiques sont traités à Bicêtre.

En fait parmi les enfants placés à la Colonie de Vaucluse, un certain nombre présentent peu ou pas de débilité intellectuelle proprement dite, quelques-uns ont leur certificat d'études primaires à un âge normal, d'autres l'obtiennent après quelque temps d'études régulières : ils ressemblent étrangement aux jeunes délinquants que nous a décrit M. Kahn.

Les motifs de leur placement volontaire de la part de leur famille ou par autorité préfectorale sont à peu près les mêmes que ceux qui font placer les enfants à l'Ecole Théophile Roussel ou en correction paternelle : dissipation, indiscipline, paresse, instabilité du caractère, vol, vagabondage, manifestation de la débilité native de leur sens moral. Ce sont les mêmes petits anormaux délinquants dont nous nous sommes déjà occupés avec quelques stigmates hystériques et névropathiques surajoutés.

A la Colonie, ces enfants reçoivent une éducation médico-pédagogique intensive : instituteurs, maîtres de gymnastique, jardiniers, maîtres de musique leur donnent sous la direction d'un médecin aliéniste, une instruction générale et professionnelle, des habitudes de discipline et contribuent ainsi à leur redressement moral.

Sélectionnés avec soin, surveillés avec vigilance, séparés autant que possible des autres enfants, débiles profonds, déliants ou déments précoces, ils profitent dans une large mesure de tous les bienfaits du traitement médico-pédagogique.

Comme à l'école Théophile Roussel, ils restent en contact

avec leurs familles, ils sortent fréquemment, vont en congé. La durée de l'internement n'est pas fixée à l'avance et dès que le traitement a produit un amendement suffisant, l'enfant est rendu à sa famille; dans le cas de placement volontaire, celle-ci peut retirer l'enfant dès qu'elle le croit guéri.

Un grand nombre d'entre eux, surtout parmi ceux qui ont été amenés jeunes à la colonie, en sortent pour reprendre leur place dans leur famille et dans la Société.

Mais d'autres ne bénéficient pas, dans la même proportion, de l'éducation et soit qu'ils aient été pris trop tard, soit que leurs tares morales soient plus lourdes, ils atteignent l'âge de 16 ans avant que le médecin ait cru la tâche éducative terminée, avant qu'ils ne soient considérés comme guéris, comme susceptibles d'être rendus à leur famille.

Dans ce cas, et c'est là une grosse lacune dans l'organisation de l'éducation médico-pédagogique, ils sont considérés comme aliénés et comme déjà à la colonie ils étaient placés sous le régime de la loi de 1838, ils passent directement et sans autre formalité à l'asile d'aliénés.

Or ces débiles moraux ne sont pas des aliénés au sens propre du mot, et les Asiles d'aliénés ne sont pas organisés ni pour les traiter, ni pour les recueillir, ni pour les utiliser.

Eux-mêmes ne tirent aucun profit moral de leur séjour dans ces établissements où aucun moyen de redressement moral n'existe plus; de plus, mélangés à des malades ou à des infirmes de l'intelligence, ils mettent le désordre dans les services, gênent le traitement des autres malades et même souvent font souffrir ces derniers par leurs perversions morales.

Sortis de l'asile soit par évasion, soit régulièrement, ils continuent leur vie de paresse, de vagabondage et de vol, conscients de l'impunité que leur confère leur certificat de sortie de l'asile d'aliénés.

Tous ces inconvénients ont été souvent et longuement signalés par les médecins aliénistes et tout récemment encore par M. Marandon de Montyel dans le *Journal de Neurologie*[1], et dans certains services d'aliénés, ces débiles moraux à peine entrés sont systématiquement mis en liberté par les médecins.

On pourrait se demander si le placement de ces débiles moraux ne pourrait être fait autrement que sous le régime de la loi de 1838. L'Ecole de réforme leur rendrait les mêmes services, sans mettre sur eux l'estampille d'aliénés qu'ils ne méritent pas.

La colonie de Vaucluse, dont le rôle dans l'assistance des

[1] *Journal de Neurologie*, mai et juin 1905 : Les pervers.

enfants est des plus intéressants et des plus utiles, devrait ne recevoir que des enfants dont l'intelligence est anormale ; aux écoles de réforme seraient réservés tous ceux dont l'intelligence est intacte, mais dont le sens moral est insuffisamment développé.

Pour ces jeunes débiles moraux, l'école de réforme devrait être « l'hôpital moral » que demandait M. Guillot[1], dans lequel les enfants seraient moralisés, redressés, mais non pas punis.

Comme corollaire obligatoire, le séjour dans ces écoles de réforme ne pourrait être limité à l'avance, et comme le demande M. le docteur Thulié après Théophile Roussel, la durée de l'internement dans ces écoles devrait être indéterminée ; elle ne doit prendre fin que lorsque le redressement moral est jugé accompli.

Les colonies pénitentiaires deviendraient, par le fait même, des écoles de réforme ; ce à quoi elles tendent depuis quelque temps, comme nous l'avons vu, par leur organisation pédagogique.

Il serait donc à désirer que des cliniques médico-pédagogiques analogues à celle qu'a fondée M. Albanel à Paris, aient une existence officielle et que, non seulement tous les mineurs délinquants mais tous les enfants anormaux leur soient soumis.

Des médecins spécialistes seuls, rompus aux examens biologiques et psychologiques, pourraient faire une sélection judicieuse parmi ces enfants : Aux uns, la colonie de Vaucluse, aux autres, le patronage familial, aux autres, l'école de réforme.

Car si nous avons constaté à la colonie de Vaucluse, la présence de quelques débiles moraux, que nous considérons comme mieux placés dans une école de réforme, nous pensons que, réciproquement, un certain nombre d'enfants placés à l'école de réforme ou dans les colonies pénitentiaires seraient mieux placés à la colonie.

Ne voyons-nous pas que 8 enfants placés en 1903 à l'école Théophile Roussel en ont été renvoyés pour gâtisme? Et comment ne pas être frappés du nombre d'illettrés qui sortent des colonies pénitentiaires malgré l'organisation nouvelle de l'enseignement. 77 illettrés sont sortis de la colonie des Douaires pendant les cinq dernières années ; et sur 606 entrants, 73 seulement ont obtenu leur certificat d'études primaires.

Une dernière question reste à discuter que nous ne pouvons qu'effleurer : Que vont devenir les débiles moraux lorsqu'ayant atteint leur majorité ils ne seront plus soumis ni à l'influence de l'école de réforme ni à celle du patronage?

Les uns, dont le redressement moral est accompli, sont rendus

[1] Guillot : Les prisons de Paris.

à leur famille et à la société, ils deviennent des citoyens ayant le droit et le devoir de chacun.

Mais les autres, ceux qui se seront montrés rebelles à tout redressement, à toute moralisation? Vis-à-vis de ceux-là la société doit prendre des mesures spéciales de défense; elle doit les surveiller et les utiliser dans des établissements spéciaux d'où les évasions seront impossibles et où le travail serait obligatoire [1], et où leur redressement moral serait encore tenté.

FAITS ET OPINIONS

LES RECHERCHES NOUVELLES DE L'ÉCOLE ÉCOSSAISE RELATIVEMENT A LA PARALYSIE GÉNÉRALE (PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT)

Par A. MARIE,
(Médecin en chef à l'asile de Villejuif)

Les statistiques semblent indiquer que la paralysie générale est plus fréquente depuis quelques années. L'étiologie et la pathogénie de cette affection restent mystérieuses, malgré les assertions positives et dogmatiques qui les concernent. Dans la littérature récente, on reconnaît qu'un courant grandissant se dessine contre l'hypothèse de l'étiologie syphilitique. Les altérations pathologiques les mieux connues du système nerveux central consistent principalement : en dégénérescence aiguë et chronique des cellules nerveuses corticales, dégénérescence des fibres médullaires du cerveau (surtout dans la première couche du cortex), hypertrophie et prolifération de la névroglie, altérations des parois des vaisseaux cérébraux avec développement des cellules plasmatiques, épaississement de la pie-mère, apparition d'un grand nombre de lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien, lésions tabétiformes de la moëlle épinière.

Durant les six dernières années d'intéressantes recherches ont été entreprises dans les laboratoires des asiles écossais pour expliquer ces lésions, et indiquer la cause essentielle du mal. L. C. BRUCE a donné d'abord en 1901 les résultats de minu tieuses observations cliniques sur la comparaison de la fièvre et de la leucocytose. Il a noté que les attaques fébriles se produi-

[1] Voir Colin. Les aliénés difficiles, *Revue de Psychiatrie*. Blin. Les débilités mentales, *Revue de Psychiatrie*, août 1902, Marandon de Montyel. *Journal de Neurologie* juin, 1903, p. 203, etc., etc.

sent généralement toutes les deux ou trois semaines, et que ces attaques sont accompagnées de poussées leucocytaires ; toutefois, à la 3e période de la maladie les poussées leucocytaires peuvent se développer sans élévation de température. De ses observations, Bruce a conclu que la paralysie générale est une maladie directement due à l'empoisonnement par les toxines de bactéries, attaquant l'organisme au niveau de la muqueuse gastro-intestinale; il a maintenu ses conclusions dans un second travail presque contemporain du premier, et portant sur l'examen des troubles de la nutrition.

Une preuve plus évidente encore de toxéme chronique résiderait d'après A. C. AINSLIE dans les caractères des endartérites paralytiques, surtout d'après l'étude des vaisseaux extracérébraux chez les sujets non suspects de sénilité précoce.

En 1902, G. DOUGLAS, MAC RAC, JEFFREY et ROBERTSON, ayant entrepris des investigations bactériologiques, signalèrent comme très abondant dans le système gastro-intestinal et les vaisseaux pulmonaires des paralytiques généraux, un bacille diphtéroïde pouvant d'autre part être isolé dans le cerveau des mêmes malades.

Ils émirent l'hypothèse que la paralysie générale résulte d'une toxi-infection chronique des systèmes digestif et respiratoire. Cette toxi-infection, favorisée par une diminution de la résistance locale et générale, serait due au développement excessif de certaines formes bactéroïdes dont la principale serait le bacille de Klebs-Lœffler de virulence modifiée, et donnant à la maladie son caractère de paralysie.

Depuis, MAC RAC et ROBERTSON ont continué leurs enquêtes sur les bactéries ; et chacun de leurs efforts en ce sens a fait, ressortir des faits qui semblaient confirmer l'hypothèse de l'origine diphtérique de la paralysie générale.

Des recherches histologiques ont corroboré ces vues : SCHEMAN et ROBERTSON ont fait une série d'expérimentations sur le bacille diphtérique isolé dans des cas de paralysie générale. L'organisme s'est montré non virulent chez des cochons d'Inde. Des rats, nourris avec du pain trempé de bouillon de culture non stérilisé, ont eu des symptômes de maladies nerveuses, et sont morts en 10 semaines. Ces animaux présentaient avec évidence beaucoup des symptômes morbides qui peuvent être reconnus dans le système nerveux des paralytiques; mais ils survivaient trop peu de temps pour reproduire ensuite le tableau histologique complet. Chez 3 de ces animaux il y avait une invasion étendue des tissus, par le bacille, sous la forme filamenteuse, qui a été aussi trouvée dans plusieurs cas de paralysie générale humaine. L. C. BRUCE, a fait une observation sem-

blable sur une chèvre à laquelle il avait injecté des cultures dérivées de la même source que celles injectées dans les expériences sur les rats. La chèvre devint parétique, et mourut dans les conditions rappelant certains cas de paralysie générale. Son cerveau présentait certaines des altérations produites par la paralysie générale.

En mai 1904, MAC RAC et ROBERTSON eurent la preuve que le bacille diphtérique existe d'une façon constante dans l'organisme des paralytiques généraux. Il se trouve souvent en grande abondance dans l'appareil génital de l'homme ou de la femme paralytiques. (Dans 7 cas de paralysie générale les urines contenaient du bacille de Klebs).

Pendant les crises convulsives, on rencontre le même bacille dans le sang, dans la partie centrale de la moëlle épinière, dans le liquide cérébro-spinal aussi bien que dans l'urine. Ces observations et d'autres, soulevèrent la question de savoir si le bacille ayant de temps à autre envahi le sang, ne peut être détruit par les phagocytes.

Afin de résoudre ce problème, MAC RAC et ROBERTSON ont recherché expérimentalement l'action sur du sang vivant de cultures pures de bacille provenant de paralytiques. Or le bacille est détruit par les leucocytes avec une grande rapidité (il peut disparaître complètement au bout de deux ou trois heures).

Le pouvoir destructeur des leucocytes de paralytiques généraux est supérieur à celui des leucocytes d'un individu normal servant de témoin. Le résultat de ces expériences suggéra aux auteurs l'idée d'obtenir des cultures de bacille dans du sang ou du liquide céphalo-rachidien, liquides dans lesquels on trouvait habituellement les bacilles morts, (le peu qui restait étant rapidement tué par l'action continue des phagocytes). Des tubes de sang provenant de quatre paralytiques, et de liquide céphalo-rachidien provenant de deux autres malades furent exposés au froid pendant 24 heures, puis on laissa incuber, et l'on obtint des quantités notables de bacille diphtérique pur, qui furent renforcées ensuite par des sous-cultures sur fibrine.

***

Il y a de nombreux arguments contre l'étiologie constamment spécifique de la paralysie générale et du tabes dorsalis, ceci a été dit par BIANCHI et quelques auteurs.

La syphilis contribue certainement pour une bonne part à l'étiologie de la paralysie générale, mais c'est comme facteur d'affaiblissement général et local, de la défense contre les bactéries. Il paraît évident que le paralytique général souffre d'une

bactérienne. Le fait qu'un bacille diphtérique (forme du bacille de Klebs-Lœffler ou forme voisine distincte organisme) est le facteur spécifique étiologique de la générale et du tabès dorsal semble résulter des considérations suivantes : Un bacille de cette nature selon le résultat expériences signalées ci-dessus, pullule dans les systèmes et respiratoire, et dans le système urinaire (cas avancés alysie). Ce bacille a la forme d'un fil ; il a été trouvé envahissant les parois respiratoires ou digestives dans 5 cas de alysie générale.

bacille envahit les poumons des paralytiques généraux ; il communément le seul micro-organisme trouvé dans un nombre des pneumonies catarrhales qui provoquent si souvent la mort au cours des attaques congestives. On a obtenu assez fréquemment le bacille de la diphtérie dans des cultures provenant des cerveaux paralytiques (10 cas de paralysie générale sur 24).

Les bacilles se présentent sous forme de granules métachromatiques dans les préparations de Neisser. Ils ont été découverts dans le sang frais dans un cas, et dans des coupes de cerveau dans 2 cas. Par la méthode expérimentale on voit ces bacilles diphtéroïdes en contact avec le sang vivant rapidement attirés par les leucocytes polynucléaires et résorbés en 2 ou 3 heures. Des corps correspondant exactement en apparence à ces bacilles peuvent être trouvés dans le sang et le liquide cérébro-spinal d'un paralytique général vivant, spécialement au cours d'attaques congestives. Beaucoup de bacilles sont en état de désintégration ce qui explique les résultats négatifs de beaucoup de cultures de sang et de liquide cérébro-spinal.

Robertson a cependant réussi à cultiver du sang dans 4 cas de paralysie générale, et du liquide cérébro-spinal retiré par la ponction lombaire dans deux autres cas. Dans des coupes de cerveau préparé par la méthode destinée à rechercher le bacille diphtérique, on peut reconnaître ce bacille sur les parois des vaisseaux et dans la pie-mère en beaucoup de cas de paralysie générale. Le dépôt de l'urine pendant une crise contient communément d'abondants bacilles diphtériques plus ou moins modifiés par l'action lysogénique. Dans 7 cas de paralysie générale combinée avec le tabès, le dépôt d'urine ne contenait pas seulement des bacilles en voie de désagrégation mais aussi des microbes vivants avec granulations métachromatiques nettes ; et des cultures ont pu être obtenues de l'urine. Il faut signaler enfin l'infection expérimentale de 3 rats et d'une chèvre par les bacilles diphtériques provenant d'un cas de paralysie générale, et que les leucocytes polynucléaires du paralytique général ont un plus

grand pouvoir destructeur vis à vis des bacilles diphtériques que les leucocytes de l'homme normal ; il semble donc que le paralytique général a acquis contre ces bacilles un certain degré d'immunité spécifique au moyen de laquelle il est capable de leur tenir tête malgré la diminution générale de la résistance organique. Le bacille paraît être transmis d'individu à individu comme par contagion. Si une muqueuse est en bonne santé, le micro-organisme ne peut ni se multiplier à la surface ni envahir les tissus. Pour qu'il pullule, un affaiblissement préliminaire des défenses locales et générales est évidemment nécessaire. De nombreuses forces ennemies peuvent produire cette condition de diminution locale et générale de la défense. Ce sont les agents pathogéniques de la syphilis, l'alcool et les aliments azotés en excès. Une telle infection peut se continuer longtemps sans produire d'effets toxiques importants. C'est probablement quand le bacille envahit les tissus que la toxémie paralytique devient grave.

L'invasion apparaît communément dans les bronches, bien qu'elle puisse aussi être constatée dans le système digestif en beaucoup de cas. Au siège de l'invasion il y a pour ainsi dire une lutte sans merci entre les bacilles et les leucocytes. Dans ce conflit, les leucocytes après une longue succession de victoires sont finalement défaits, car leur renouvellement est limité tandis que celui des bacilles est illimité. L'attaque congestive est l'annonce clinique d'une victoire microbienne relative : un grand nombre de bacilles atteignent la circulation soit par les vaisseaux lymphatiques soit par les capillaires. On peut les voir dans le courant sanguin au voisinage des foyers infectieux. La plupart des bacilles du sang sont vivement saisis par les leucocytes et digérés, mais beaucoup passent à travers les capillaires du rein dans l'urine et à travers les parois des vaisseaux cérébraux dans les manchons lymphatiques qui les entourent. La destruction des bacilles qui sont dans cette lymphe occasionne une action toxique locale. Il y a ainsi une toxémie générale due à la disparition des bacilles au siège de l'invasion et dans le sang, et une action toxique locale (cérébrale) dépendant de la destruction des bacilles passés à travers l'eudothélium des vaisseaux cérébraux. Dans quelques exemples, l'invasion repoussée est suivie d'une période pendant laquelle le bacille reste latent. Cliniquement, cela correspond à une rémission. Plus communément, il y a une absortion légère mais continue des toxines venant des germes infectieux, et une succession d'invasions qui de temps en temps, se répètent ; à la fin, cependant les forces défensives sont vaincues. Alors il y a attaque congestive. Eu égard à la pathogénie du tabès dorsal, Ow et Rows ont récem-

ment montré que les lésions tabétiques de la moëlle peuvent être produites par l'absorption de toxines d'un foyer septique périphérique. Les toxines traversent les enveloppes des nerfs sans blesser les fibres nerveuses, et affectent les fibres de la racine postérieure quand elles entrent dans le cordon, au point où elles perdent leur enveloppe nerveuse. De semblables lésions dans le tabès coïncident, le plus souvent, avec quelque foyer toxique périphérique. Ce foyer est, généralement, dans la vessie. Dans 10 cas consécutifs de tabès observés par le Dr Ow de Prestnuyck-asile, et dont trois ont été présentés, des bacilles diphthériques abondants et vivants ont été trouvés dans l'urine et les malades souffraient d'une cystite diphtéroïde. Dans ces cas, les bacilles étaient en trop grand nombre pour être venus simplement de l'urèthre. Si des observations plus approfondies confirment le témoignage de ces 10 cas, nous serons obligés de conclure que chez les tabétiques, il y a dans le système urinaire un foyer infectieux comparable à celui des systèmes digestif et respiratoire des paralytiques généraux. Les bacilles envahissent alors l'économie et produisent des effets toxiques bien plus grands que le simple passage des bacilles détruits dans le système urinaire.

Le paralytique général se défend lui-même et souvent avec un succès prolongé en fabriquant des corps spécifiques contre les bacilles. Il semble donc indiqué de produire de tels antidotes par la thérapeuthique.

Cette méthode de traitement est à l'essai à l'asile Royal d'Edimbourg.

OBSERVATION

ANOMALIE MÉDULLAIRE ET DÉMENCE CHEZ UNE ÉPILEPTIQUE

Par

E. Toulouse et L. Marchand

médecins

de l'Asile de Villejuif *de l'Asile de Blois*

Il s'agit d'une femme atteinte d'épilepsie et de démence et à l'autopsie de laquelle on rencontra une hétérotopie médullaire. Les constatations histologiques, permettant de montrer la cause commune qui détermina la démence, les crises convulsives et la malformation médullaire, rendent cette observation particulièrement intéressante.

OBSERVATION : La malade G. entre pour la première fois à l'asile de Villejuif le 13 mai 1889. Elle est âgée de 23 ans. Le certificat de la préfecture de police est ainsi conçu : « Imbécillité, attaques épileptiques depuis l'âge de huit ans. Demi cécité. Difficulté de la parole. Mémoire presque nulle. Attaques souvent nocturnes. Gâtisme. Incapable de se donner à elle-même les soins les plus simples. »

Antécédents héréditaires. — Les renseignements donnés par la mère sont très incomplets. G... perdit son père quand elle était très jeune et la mère ne peut dire de quelle maladie il est mort. La mère paraît bien portante et n'a jamais eu de fausses couches : G... a une sœur bien constituée et intelligente.

Antécédents personnels. — G... fut nourrie au sein par sa mère. Aucune maladie pendant la première enfance. Le développement physique et intellectuel parut normal. Elle commença à parler à deux ans et à marcher à onze mois. A deux ans elle eut des convulsions qui durèrent plusieurs jours, mais ne laissèrent aucun trouble après elles. Dans la suite G... eut un développement normal ; sa mémoire était bonne et son intelligence était aussi vive que celle des enfants de son âge. A huit ans, première crise convulsive. Les attaques étaient ainsi caractérisées : La malade sentait venir les crises ; celles-ci commençaient par les bras, et quelquefois la constriction du bras arrêtait la crise ; émission involontaire d'urine ; pas de morsure de la langue. Grands mouvements cloniques pendant plusieurs heures. Les crises étaient surtout nocturnes. Le diagnostic que fit alors le médecin de la malade fut celui d'hystéro-épilepsie probable à crises séparées. A partir de l'âge de huit ans, l'intelligence devint de moins en moins vive, et G... devint irritable. La vue commença à baisser, et en l'espace de plusieurs années, G... devint aveugle. Les crises convulsives devinrent aussi plus fréquentes.

A son entrée à l'asile, G... est calme, et on constate chez elle une faiblesse intellectuelle très accentuée. Pas de signes physiques de dégénérescence. Les crises épileptiques se renouvellent plusieurs fois par jour. Elles présentent les caractères suivants : perte brusque de connaissance sans cri initial ; mouvements généralisés, toniques d'abord, cloniques ensuite. Déviation de la tête et des yeux à droite. Emission d'urine ; morsure de la langue ; salivation spumeuse. Durée de la crise : deux minutes environ. Sommeil consécutif.

A l'examen physique, on relève les constatations suivantes : cataracte double. Les pupilles présentent une échancrure inférieure. La cécité est à peu près complète. La malade suit des yeux un rat de cave, et reconnaît que c'est une lumière. Faiblesse des membres inférieurs. La malade ne peut marcher qu'étant soutenue. Le même état persiste les années suivantes. Le 7 juillet 1889, G... tenta de s'étrangler avec une coulisse. Le 8 novembre 1903, la mère de G... réclama avec insistance la mise en liberté de sa fille en s'engageant à lui donner les soins nécessaires.

G... est internée pour la seconde fois le 29 septembre 1904. On constate que la faiblesse intellectuelle s'est accentuée depuis sa sortie de l'asile. On ne peut entrer en conversation avec la malade et il est très difficile d'en obtenir des réponses. Elle comprend cependant ce qu'on lui dit et en insistant on obtient quelques phrases telles que celles-ci : « Bonjour Monsieur, — Je ne sais pas quel âge que j'ai... etc... » Elle sait son nom, mais ne peut dire son âge. Après l'avoir interrogée, elle répète plusieurs fois la réponse qu'elle a déjà faite. Elle répond ainsi aux opérations arithmétiques qu'on lui pose ; $2 + 2 = 4$; $3 + 3 = 6$; $12 + 8 = ?$; $4 \times 3 = 6$.

La sensibilité cutanée est conservée par tout le corps. Léger dermographisme.

Les quatre membres sont très amaigris, mais les muscles sont fermes et les membres résistent aux mouvements passifs. G... ne peut ni marcher ni se tenir debout. Il faut un certain effort pour mettre les membres inférieurs en extension, car ils sont habituellement en flexion.

Les réflexes tendineux paraissent exagérés aux quatre membres ; il est difficile de les provoquer à cause de la résistance musculaire. Pas de déformation des pieds.

Pas de clonus des pieds. Réflexes plantaire en légère extension des deux côtés.

Tremblement des mains à grandes oscillations. La langue est animée d'un mouvement de trombone lorsqu'elle est tirée hors de la bouche. Tremblement des lèvres et des muscles de la face.

La parole est lente et pénible.

Gâtisme.

Le pouls est ralenti. On constate 50 pulsations à la minute. Respiration normale.

Amaigrissement rapide.

Dans les jours qui suivirent le deuxième internement, l'état de G... s'aggrava progressivement. Des troubles digestifs survinrent avec température élevée. Des eschares fessières se produisirent et la malade succomba le 11 novembre 1904, après avoir atteint 40° de température pendant plusieurs jours.

Autopsie. — L'autopsie est faite 36 heures après la mort.

Les poumons sont congestionnés et offrent quelques adhérences pleurales à leur sommet. Pas de tuberculose.

Rien d'anormal au cœur.

Le foie a un volume normal. Il présente de la dégénérescence graisseuse. La vésicule biliaire contient un volumineux calcul.

La rate est normale.

Les deux reins ont un volume normal. Leur décortication est difficile. Substance corticale atrophiée. Le rein droit présente dans son bassinet quelques graviers.

Système nerveux. — La dure mère est adhérente à la paroi crânienne. A la région orbitaire du globe frontal, elle est calcifiée. Les méninges molles de la convexité sont épaissies et ont une

teinte nacrée. Le cerveau se décortique facilement. Pas d'athérome des artères encéphaliques. Les circonvolutions paraissent normales. Pas de lésions localisées ; le volume des ventricules latéraux est normal.

La moelle paraît ramollie dans presque toute son étendue : ce n'est plus qu'une masse molle maintenue par les méninges. A la région cervicale supérieure, il existe une partie d'une longueur de quelques centimètres qui paraît saine.

Poids du cervelet et du bulbe : 107 gr. Poids de l'hémisphère droit : 457 gr. Poids de l'hémisphère gauche : 450 gr. Ces différentes parties de l'encéphale ont été pesées le 13 août 1906 et étaient conservées dans du formol à 10 °/₀ depuis le 13 novembre 1904.

Examen histologique. Cerveau. — Les méninges molles sont très épaissies, stratifiées, vascularisées. Elles adhèrent par place au tissu cérébral ; macroscopiquement ces adhérences passaient inaperçues. Les vaisseaux de néo-formation ont une paroi bien formée. Il existe donc des traces d'une méningite ancienne.

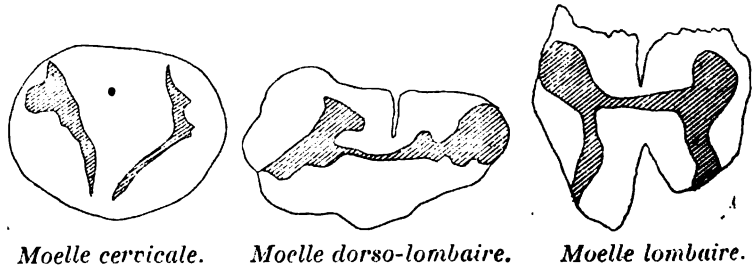
Au niveau des régions du cortex sous-jacentes aux méninges épaissies, on constate une diminution et quelquefois une disparition des fibres tangentielles. Les fibres radiaires sont également plus clairsemées. Cette lésion n'est pas uniformément diffuse, car il existe des régions du cortex où les fibres tangentielles sont nettement conservées. Le tissu névroglique est plus abondant que normalement dans toute la couche moléculaire Le maximum de la lésion se trouve dans les parties sous-jacentes aux épaississements méningés. Pas de cellules en araignée, mais de très nombreuses fibrilles névrogliques fines.

Les grandes cellules pyramidales sont très peu nombreuses ; la plupart sont atrophiées, pigmentées et mal colorées. On observe quelques rares cellules pyramidales hypertrophiées au milieu des autres cellules. Les granulations chromophiles prennent mal les colorants. Les noyaux sont excentriques.

Les vaisseaux ne présentent aucune trace d'inflammation. Les artères de moyen calibre présentent par places de la dégénérescence hyaloïde.

Bulbe. — On n'y constate aucune lésion dégénérative.

Moelle. — Bouleversement complet des substances grise et blanche, comme l'indiquent les figures ci-dessous.



Moelle cervicale. *Moelle dorso-lombaire.* *Moelle lombaire.*

Les cellules motrices sont très atrophiées, pigmentées. Les granulations chromophiles sont clairsemées. Les prolongements sont peu apparents.

Le canal central est complètement obstrué dans toute la hauteur de la moelle.

Pas de dégénérescence systématique des cordons blancs. Au niveau de la moelle cervicale, les vaisseaux sont entourés d'un gros manchon de cellules embryonnaires. La périartérite s'étend à tous les vaisseaux de la région. Dans les substances blanche et grise, on observe par endroits des petits noyaux inflammatoires.

Les lésions histologiques du cerveau et de la moelle montrent que notre malade a eu dans son jeune âge une méningite cérébro-spinale. Il est probable que c'est durant cette maladie c'est à dire à l'âge de deux ans, qu'éclatèrent les convulsions. Cette affection parut ne laisser ensuite aucune trace et le développement physique et intellectuel de la malade se fit normalement. Mais les méningites, surtout les méningites du jeune âge, s'accompagnent d'encéphalite des couches superficielles du cortex et ces lésions entraînent dans la suite des conséquences fâcheuses. A huit ans, les crises épileptiques apparurent chez notre sujet en même temps qu'un affaiblissement progressif de l'intelligence. Les épaississements méningés et la sclérose névroglique du cortex, cause des troubles intellectuels et convulsifs, sont les reliquats de la méningite du jeune âge survenue chez notre malade. Les lésions méningées médullaires ont déterminé une myélite qui guérit elle aussi, mais dont il reste encore des noyaux inflammatoires au niveau de la région cervicale de la moelle. Cette myélite a eu une intensité telle qu'elle bouleversa la topographie des substances blanche et grise et donna lieu à l'hétérotopie médullaire décrite plus haut.

Les symptômes paraplégiques qui apparurent tardivement s'expliquent par les lésions atrophiques des cellules motrices constatées à l'examen micrographique. De même que la méningite chronique (et il faut entendre par ce mot méningo corticalite) détermina à longue échéance la lésion des cellules pyramidales, de même la méningite médullaire détermina les lésions des cellules motrices. On retrouve encore dans la moelle cervicale des noyaux inflammatoires qui prouvent que la méningo-myélite était encore en évolution au moment de la mort du sujet.

LES CONGRÈS

LE XVIe CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

Lille. — 1-7 août 1906

Il est à l'heure actuelle prématuré de prétendre donner, si l'on se place au point de vue exclusivement scientifique, un compte-rendu critique du Congrès de Lille, seizième réunion annuelle des aliénistes et des neurologistes de langue française. Les discussions, aux séances des congrès, prennent rarement une ampleur vraiment intéressante, surtout lorsqu'un seul rapporteur assume, pour chaque grosse question mise à l'ordre du jour, la responsabilité de mettre au point et de conclure : la grande majorité des assistants, faute d'observations personnelles ou de documentation précise hésitent à intervenir dans le débat, ou s'en tiennent à des objections de détail. Mais malgré l'absence de longues discussions contradictoires, chaque Congrès a ceci d'excellent qu'il sert de prétexte à la publication d'observations et de recherches pouvant devenir le point de départ de précieuses acquisitions scientifiques ou pratiques.

Il y a lieu d'espérer qu'il en sera ainsi des travaux de Lille.

Les deux sujets de psychiatrie et de neurologie proposés pour 1906 à la sagacité des rapporteurs intéressaient surtout les travaux du laboratoire. Quant au problème médico-légal dont M. Leroy avait accepté de rechercher la solution, il était, de l'avis de tous, particulièrement ardu. Si l'auteur du rapport en rejetant la notion de la responsabilité atténuée, s'est attiré des objections de principe très sérieuses, il a eu à notre avis le notable mérite de faire dire une fois de plus à un grand nombre d'experts présents, combien le système de répression juridique encore en usage s'adapte mal aux découvertes modernes de la psycho-pathologie.

Voici seulement la brève analyse des travaux du Congrès, parmi lesquels il faut indiquer tout d'abord le remarquable discours d'ouverture de M. Grasset, président, sur *l'unité de la neurobiologie humaine*. La science des aliénistes et la science des neurologistes ne forment qu'une seule et même science puisque l'une et l'autre étudient le même objet, appliquent les mêmes méthodes, poursuivent le même but : cette science, c'est la physiopathologie du système nerveux de l'homme.

***

Le rapport présenté par M. Dide (de Rennes) sur le *sang des aliénés* est une œuvre complexe et des plus documentées. Il comprend 5 parties successivement consacrées au sang total, aux éléments figurés, aux recherches bactériologiques, au sérum, et à un essai de

synthèse, destinée à jeter les bases de l'utilisation pathogénique de l'hématologie en aliénation mentale,

A divers points de vue, les données les plus intéressantes qui ont été fournies à l'auteur par ses nombreux examens sont les suivantes :

L'hypoglobulie avec abaissement de la valeur globulaire a, en psychiatrie, une signification d'ordre général : elle est habituellement symptômatique, d'une intoxication ou d'une infection (délires aigus, confusion mentale, états catatoniques).

L'hyperglobulie s'observe dans les états maniaques et dans les formes euphoriques de la paralysie générale. La polynucléose avec hyperleucocytose marque le début des états d'agitation et toxi-infectieux.

La mononucléose et l'éosinophilie, plus rares, appartiennent plutôt, l'une à la période d'état des affections chroniques, l'autre aux accidents critiques (poussées fébriles, ictus) de la paralysie générale ou de la démence précoce.

Une légère leucocytose s'observe assez fréquemment après la crise d'épilepsie et pendant les périodes délirantes de la folie maniaque dépressive, mais à de nombreuses exceptions près. Il existe un degré assez marqué de polynucléose dans le myxœdème.

Au point de vue bactériologique, l'auteur signale la présence de l'entérocoque de Thiercelin dans le sang des déments précoces, mais aussi des paralytiques généraux et des épileptiques : il n'y a là aucune indication pathogénique à tirer, pas plus que de la présence irrégulière de nombreux autres micro-organismes déjà observés et décrits.

Une longue étude physico-chimique et bio-chimique du sérum (dont il serait fastidieux d'énumérer les différents paragraphes, lorsqu'on ne peut les expliquer par des développements nécessaires) se termine :

1° Par l'exposé des propriétés bactéricides du sérum, de l'influence du sang des aliénés sur le développement embryonnaire, de la toxicité expérimentale du sérum, de la toxicité du sang des aliénés à l'égard de l'homme, 2° et par cette conclusion : La fonction de défense est troublée chez les aliénés dans les psychoses confusionnelles aiguës et subaiguës (démence précoce, paralysie générale, etc.)

Mais ce trouble dont l'importance pathogénique est considérable ne semble pas définitif dans la majorité des cas : et en outre, cette fonction de défense peut se réveiller sous l'influence d'infections graves et prolongées. Quoi qu'il en soit, le facteur *toxémie* intervient à côté de la prédisposition pour créer le délire ou les états convulsivants ; et l'auteur attache une grande importance à la connaissance complète du sang des aliénés qui, fournissant des éléments d'appréciation sur la nature, ou tout au moins sur certaines réactions du toxique et sur l'état des fonctions de défense de l'organisme, pourra permettre de prévoir l'avenir des psychoses hallucinatoires.

Dans la discussion qui suit l'exposé du rapport de Dide, M. SABRAZÈS déclare n'attacher d'importance qu'aux modifications hématologiques du début des psychoses, et croit que les centres nerveux se suffisent à eux-mêmes dans la défense contre les toxi-infections.

M. RÉGIS regrette que le rapporteur n'ait pas comparé la courbe urologique de ses délirants intoxiqués aux variations de la formule hématologique. Il a noté, comme Dide, l'influence heureuse de certaines infections sur l'évolution de quelques maladies mentales.

M. FAURE a été moins heureux que D... dans ses recherches bactériologiques, le plus souvent négatives. Il partage cependant l'opinion du rapporteur sur le rôle des toxines microbiennes dans la production des troubles psychiques.

M. TATY qui félicite l'auteur du rapport sur l'importance et la riche documentation de son ouvrage ajoute incidemment qu'il n'a pas trouvé le treponème pâle dans le foie d'une syphilitique devenue paralytique générale après cinq ans d'internement et des accidents médullaires.

MM. SICARD et LÉRI signalent à ce dernier point de vue des recherches personnelles également négatives.

Dans l'état actuel des rapports de l'hématologie et de la psychiatrie, le mérite de l'ouvrage de Dide est d'avoir exposé un grand nombre de recherches personnelles portant sur les points les plus divers. L'heure des conclusions particulières et précises n'est pas venue. Elle suivra les travaux de ceux dont la curiosité ne manquera pas d'être sollicitée par la connaissance des résultats techniques obtenus par le rapporteur de Lille.

***

D'après M. LÉRI la vieillesse et la sénilité (cette dernière étant un état pathologique) ne sont pas superposables. Il n'existe pas de cerveau sénile sans lésions. Le cerveau sénile est petit et atrophié. L'atrophie porte surtout sur les lobes frontaux, le corps calleux, la couronne rayonnante et les noyaux gris centraux : elle a pour conséquence une dilatation des cavités ventriculaires. Au microscope, on constate que les altérations cellulaires ne sont pas caractéristiques, que les fibres nerveuses peuvent être toutes diminuées de nombre, mais que la disparition des fibres myéliniques explique pourquoi l'atrophie de la substance blanche semble beaucoup plus considérable que celle de la substance grise. L'augmentation des cellules névrogliques est plus apparente que réelle, et la prolifération des fibrilles névrogliques détermine des scléroses toujours diffuses, mais affectant des sièges de prédilection (scléroses sous-pie-mérienne, sous-ependymaire, périvasculaire). Les altérations scléreuses des vaisseaux intra-cérébraux (artérite totale, le plus souvent) ne sont pas toujours en rapport avec celles des vaisseaux de la base. Les lésions des capillaires sont peu connues.

Les lésions vasculaires du cerveau sénile paraissent déterminées surtout par les lésions vasculaires. Ce sont :

Des scléroses péri et para-vasculaires

Des hémorrhagies miliaires

Des petits foyers de ramollissement incomplet

Des foyers de désintégration lacunaire

Des foyers d'état vermoulu : ulcération corticale cunéiforme qui ne dépasse guère la substance grise vers l'extrémité libre des circonvolutions.

Désintégration vasculaire et état vermoulu semblent à peu près exclusives à la sénilité.

De gros foyers de ramollissement et d'hémorragie cérébrale ne diffèrent pas sensiblement de ceux des adultes.

Les lésions diffuses ne paraissent pas d'origine vasculaire, mais semblent dues à l'action directe sur les tissus des toxiques qui parallèlement déterminent l'artérite.

Cliniquement, l'artério-sclérose cérébrale se manifeste d'abord par des accidents fugitifs (claudications intermittentes du cerveau) : vertige, céphalée, somnolence, fatigue physique et mentale, courtes attaques apoplectiformes sans hémiplégie, etc... ou par le syndrôme neurasthénique.

Puis, peuvent survenir des *hémiplégies* brusques et complètes, dues aux lacunes de la désintégration, récidivantes ; des *paraplégies* également lacunaires mais que peut simuler l'affaiblissement musculaire ; des *accidents épileptiformes*, le plus souvent symptômatiques de l'état vermoulu et surtout de la sclérose miliaire de l'écorce cérébrale.

L'état mental sénile va d'un affaiblissement relatif de l'intelligence (perte de la mémoire et troubles du caractère) à la démence absolue simple ou délirante. L'état démentiel peut être la cause d'actes délictueux. Certaines formes simulent la paralysie générale. Constamment frappé dans l'étude anatomique comme dans l'étude clinique de l'analogie entre les altérations séniles et les altérations par intoxications prolongées, l'auteur se déclare partisan de la théorie qui fait de la sénilité (dans le cerveau comme dans les autres organes) l'aboutissant de toutes les intoxications antérieures.

M. Anglade aurait préféré que le rapporteur décrivit au premier plan les troubles psychiques de la sénilité (dont l'exposé lui parait d'ailleurs excellent). Il aurait voulu de même que L... insistât davantage sur certains symptômes purement nerveux : tremblements, troubles de la réflectivité, de la sensibilité générale et spéciale, etc... La sclérose des séniles se présente sous deux aspects très différents : la sclérose diffuse correspond à la démence sénile avec ou sans délire. La cérébro-sclérose lacunaire corticale correspond presque toujours à la démence dite organique. L'état lacunaire des étages inférieurs se traduit par des troubles moteurs sensitifs et réflexes.

MM. Sabrazès et Husnot se demandent si l'hypertrophie adé

nomateuse des surrénales si fréquente chez les vieillards ne détermine pas des lésions de sclérose atteignant, après ses vaisseaux, le tissu nerveux lui-même : et ne peut devenir ainsi un facteur considérable de l'évolution de la sénilité.

M. GRASSET a constaté la conservation des mouvements proprement volontaires chez les vieillards scléreux. et demande à ses collègues de vérifier si les troubles de la motilité ne sont pas surtout des troubles de l'automatisme moteur.

M. MEIGE croit qu'on peut en effet améliorer certains hémiplégiques ou paraplégiques en sollicitant leur effort volontaire.

M. RAYMOND rappelle qu'à côté des paraplégies cérébrales lacunaires des vieillards il existe d'autres paraplégies d'origine médullaire ou musculaire récemment étudiées par ses élèves Lejonne et Lhermitte.

***

M. R. LEROY (de Ville-Evrard) a consacré à l'étude des problèblèmes soulevés par la question de la responsabilité des hystériques un long rapport contenant un grand nombre d'observations médico légales. L'expert, ayant bien établi le diagnostic d'hystérie, doit envisager 1° le sujet en lui-même, 2° les caractères particuliers de l'acte incriminé. L'examen des stigmates mentaux, celui de la mentalité du sujet révélée par la vie entière doivent entrer en ligne de compte dans l'appréciation médico-légale ; mais si importante qu'elle soit, l'étude de l'inculpé est secondaire par rapport à celle de l'acte lui-même. Etendre trop loin l'irresponsabilité des hystériques serait leur donner, au détriment de l'ordre public, un véritable droit au crime.

L'irresponsabilitité totale doit être acquise aux actes commis pendant les troubles mentaux associés aux attaques, pendant le somnambulisme et pendant les états crépusculaires. Mais, dans ce dernier cas, le problème devient parfois très délicat et l'expert est souvent hésitant entre l'amnésie et la simulation. En dehors de ces circonstances nettement morbides, il est évident que l'hystérique est souvent suggestible et impulsif ; mais si le médecin légiste a toujours le devoir de mettre en évidence le passé pathologique de son client, il doit laisser au juge le soin de décider si l'hystérie atténue la responsabilité d'un délinquant qui ne paraît pas avoir agi sous l'influence directe de la névrose. L'association fréquente de l'hystérie et des intoxications (alcool, morphine) accroît la complexité du problème.

En terminant, l'auteur s'attaque à la notion de la responsabilité limitée, inutile, irrationnelle et dangereuse. Les hystériques considérés comme partiellement responsables sont des anormaux sur lesquels pèsent de véritables tares, mais que les juridictions répressives indulgentes condamnent à de courtes peines, remettant ainsi en circulation des individus peut-être plus dangereux que les criminels conscients.

M. Briand, distinguant la responsabilité morale de la responsabilité sociale, estime qu'il serait dangereux en pratique de renoncer à la responsabilité atténuée.

M. Grasset remarque de même que la conclusion du rapporteur est la condamnation de la conduite de la grande majorité des experts. Ceux-ci ne peuvent pas renoncer à une notion scientifiquement exacte parce que l'application juridique actuelle en est parfois mauvaise. Le responsable atténué ne devrait être ni dans la prison ordinaire, ni dans l'asile ordinaire, mais il existe; et il faut conclure à la création indispensable, urgente de l'*asile-prison* dans lequel la société se préservera du demi-fou tout en le soignant.

M. Régis rend hommage au rapporteur qui a accepté de traiter une question aussi complexe que celle de la responsabilité des hystériques et l'a fait si clairement. Il estime avec M. Grasset qu'il faut changer, non le principe excellent de la responsabilité atténuée, mais la mauvaise solution qui lui est donnée devant les tribunaux. C'est en défendant le fait scientifique indiscutable que les experts obtiendront la création des établissements qu'ils réclament.

Pour M. Dupré le problème de la responsabilité des hystériques associe deux questions dont l'étude séparée est déjà des plus difficiles. Lorsque l'hystérique devient un délinquant, ce n'est pas de par sa névrose, mais de par ses tares intellectuelles morales ou volontaires qui s'associent à l'hystérie sur le terrain dégénératif dont la névrose actuelle n'est qu'une expression. M. Dupré partage l'opinion de MM. Grasset et Régis en ce qui concerne la responsabilité atténuée et la création des asiles de sûreté déjà réclamés par P. Garnier.

A ce dernier point de vue (et c'est là ce qui ressort de la discussion du rapport de M. Leroy à propos des hystériques), tous les médecins légistes sont d'accord pour reconnaître qu'à l'heure actuelle les applications pratiques du principe de la responsabilité atténuée sont déplorables et qu'il faut faire autre chose. On s'explique ainsi comment le rapporteur soucieux d'adapter les conclusions habituelles des experts à la juridiction existante a songé à supprimer purement et simplement la notion de la responsabilité atténuée.

***

Un grand nombre de communications ont été hâtivement faites au Congrès au cours des séances non consacrées aux rapports. Quelques sujets ont retenu l'attention des assistants et ont été prétextes à discussion.

— M. Brissaud a demandé à ses collègues leur avis sur les *relations du traumatisme et de la paralysie générale*. Il n'existe pas pour lui de paralysie générale traumatique, c'est-à-dire créée de toutes pièces par le traumatisme. L'accident ne doit être le plus souvent considéré que comme un symptôme révélateur.

MM. Briand, Raymond, Ballet, Giraud et Pailhas rapportent quelques faits qui semblent venir à l'appui de cette dernière opinion.

M. Régis est d'un avis différent. Il n'est pas prouvé, dit-il, que le traumatisme agissant par les troubles de nutrition qu'il provoque ne puisse au moins favoriser le développement d'une meningo-encéphalite diffuse. Les chances de relation sont au maximum lorsque la paralysie générale apparaît entre un an et trois ans après le traumatisme.

— M. A. Marie a poursuivi sur le *liquide cephalo-rachidien de paralytiques généraux* ses recherches qui tendent à confirmer celles de Bruce, Robertson et Metchnikoff au sujet du rôle possible des infections diffuses dans la genèse des démences.

— Mlle Pascal parle de la *forme prodromique dépressive de la démence précoce* et signale d'autre part l'existence d'*ictus* appartenant en propre à la période de début de la même affection.

— MM. Taty et Chaumier relatent *deux cas de confusion mentale d'origine infectieuse* évoluant chez deux prédisposées de 26 ans, atteintes : l'une, de fièvre typhoïde, l'autre, de scarlatine.

— M. Gilbert Ballet rapporte trois observations quelque peu atypiques de *nymphomanie*. Une des malades, amorale, agissait simplement par curiosité ; la seconde est dite par l'auteur « nymphomane thérapeute », parce qu'elle considère l'acte sexuel comme un moyen de faire disparaître les symptômes morbides qu'elle ressent. La troisième, qui se comporte comme une obsédée, voit à son désir intense succéder, dès le rapprochement, une répulsion plus vive encore.

— MM. Toulouse et Damaye ont observé deux stiophobes de l'asile de Villejuif qui sous l'influence du régime lacté ont présenté un *scorbut* atténué. Les auteurs ont amélioré, en lui faisant ingérer des fruits, un 3e malade atteint également de scorbut, pour avoir systématiquement refusé longtemps des légumes par crainte d'empoisonnement. Ce dernier sujet a réalisé inconsciemment une véritable expérience de physiologie pathologique.

— D'après M. Joire (de Lille) le manque d'équilibre cérébral des *hystériques* est la cause de la mobilité excessive de l'esprit de ces malades, de leur passage facile de l'état normal dans les états seconds, de leur extrême suggestibilité et de leurs mensonges inconscients. L'inculpé suspect d'hystérie doit toujours faire l'objet d'une expertise.

Le même auteur propose l'emploi d'un appareil nouveau, le *sténomètre* destiné à apprécier les troubles nerveux des neurasthéniques, des hystériques, des épileptiques, des choréiques, etc..., différentes maladies s'inscrivant à l'appareil par une formule spéciale.

***

Nous ne saurions entreprendre l'analyse des communications purement neurologiques parmi lesquelles pourtant nous devons

citer les suivantes : *Deux cas de tumeur du corps calleux avec autopsie*, par M. RAYMOND ; *Valeur pronostique de la lymphopolynucléose rachidienne dans le syndrome de Landry* par MM. BRISSAUD, SICARD et TANON ; *Hémorrhagie méningée au cours d'une méningite cérébro-spinale* par M. GAUSSEL ; *La choline dans le sang, au cours des maladies nerveuses, la tuberculose chez les épileptiques hospitalisés* par M. CLAUDE ; *Physiologie des crises laryngées du tabès* par M. M. FAURE ; *Nouvelle méthode de rééducation chez les ataxiques* par M. DEWÈVRE ; *Origine périphérique du spasme facial* par M. F. LÉVY ; *Traitement des états neurasthéniques par la médication ferrugineuse* par M. LEMOINE (de Lille). —

***

Le 17e Congrès se tiendra en Suisse et prendra le nom de Congrès de Genève et de Lausanne. M. CLAUDE de Paris et un neurologiste suisse s'attaqueront au double problème *de la définition et de la nature de l'hystérie*. M. ANTHEAUME est chargé d'un rapport sur les *psychoses périodiques*. Enfin le comité d'organisation a confié à M. BALLET l'étude très générale de l'*expertise médico-légale* et de la *question de la responsabilité*. Il y a là de quoi provoquer de nombreuses adhésions même parmi les aliénistes et les neurologistes que le voyage en Suisse laisserait indifférents.

P. JUQUELIER.

REVUE DES LIVRES

La mythomanie par A. TRANNOY. (Thèse Paris ; Levé 1906). Ce travail est consacré à l'étude psychologique et médico-légale du mensonge et de la fabulation morbide récemment esquissée par E. DUPRÉ, qui a isolé sous le nom de *Mythomanie* « la tendance pathologique plus ou moins volontaire et consciente au mensonge et à la création de fables imaginaires. »

L'activité mythique de l'enfant normal devient pathologique chez l'enfant anormal et chez certains adultes, par sa persistance, son intensité et ses associations morbides.

C'est chez l'adolescent, surtout dans le sexe féminin, que le syndrome revêt les types cliniques les plus variés et les plus riches : l'*altération de la vérité*, la *tendance au mensonge*, la *simulation* et la *fabulation fantastique*.

Cette dernière forme, la plus différenciée et la plus intéressante, est dirigée par la vanité, la malignité ou la perversité, tendances morbides qui diffèrent suivant les ressources intellectuelles de chaque sujet et font varier les manifestations individuelles de l'activité mythique : hâblerie, auto-accusations imaginaires, simulations diverses, hétéro-accusations, etc.

L'association de l'activité mythique et des tendances au vagabondage est décrite par l'auteur sous le nom de *mythomanie errante*, groupe qui comprend des fabulants actifs poussés par l'envie non seulement de forger, mais encore de vivre des romans d'aventures : *Petits Robinsons, Vagabonds, Cheminoaux, Aventuriers.*

D'autre part, l'étude des faits démontre l'association très fréquente de la mythomanie et de l'hystérie.

La connaissance des diverses manifestations de la mythomanie a une importance médico-légale de premier ordre.

Elle montre que le témoignage des enfants doit toujours être supecté, que les mythomanes peuvent créer des situations judiciaires extrêmement fâcheuses, et sont des infirmes dangereux, devant être soustraits, par un internement définitif, au milieu social dont ils compromettent la sécurité.

A l'appui des conclusions que nous venons de résumer, TR... cite un grand nombre d'intéressantes observations empruntées pour la plupart à DUPRÉ.

La lecture de tous ces faits prouve surabondamment que, si la mythomanie n'est pas, comme l'auteur se laisse aller à le dire dans l'introduction de son œuvre, une véritable entité morbide, il y avait lieu d'isoler et de décrire sous une désignation spéciale un ensemble très utile à connaître au point de vue médico-légal, de tendances morbides pouvant être la source de graves erreurs judiciaires.

JUQUELIER.

Une nouvelle cause d'erreur dans la recherche de la Syphilis chez les paralytiques généraux. — (*La Syphilis :* Revue mensuelle de médecine spéciale) par le Dr L. MARCHAND, médecin-adjoint de l'asile de Blois.

On sait avec quelle fréquence on retrouve la Syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale. Mais on peut inférer des deux observations relatées par le Dr Marchand que cette affection doit se rencontrer dans les antécédents des paralytiques généraux bien plus souvent encore qu'on ne se l'imagine communément. Ces deux exemples tendent à prouver en effet que parfois même, lorsque les enquêtes les plus minutieuses semblent négatives, on n'est pas autorisé à rejeter purement et simplement l'existence de la syphilis dans les antécédents du malade.

Dans la première observation, il s'agit d'un paralytique général indemne de toute trace de syphilis. Il est père de deux enfants bien portants et sa femme n'a jamais eu de fausse couche. Il se défend d'ailleurs absolument d'avoir été syphilitique. Or peu de jours après l'internement, on apprend par la femme que son mari a fait, il y a un an, à son médecin traitant l'aveu d'une syphilis antérieure. Mais, en dépit de ce renseignement décisif, le malade n'en continue pas moins à nier. Il a oublié qu'il est syphilitique.

Dans la deuxième observation il est question d'un paralytique général dont la syphilis survenue à 25 ans n'a provoqué aucun accident chez sa femme et dans sa descendance. Il n'est porteur lui-même d'aucune cicatrice ou éruption suspecte. Néanmoins dès son premier internement il n'hésite pas à donner des détails précis et circonstanciés sur sa syphilis. Rendu à sa famille un mois après, il est interné de nouveau au bout de 10 mois 1/2 plus affaibli, et chose inattendue, il affirme alors catégoriquement n'avoir jamais été syphilitique.

Ainsi, il y a des cas où, par suite de l'amnésie progressive, les paralytiques généraux oublient — entr'autres faits — l'infection syphilitique

dont ils furent atteints jadis et au sujet de laquelle ils étaient encore capables de donner des renseignements — au début de leur maladie. Il faut donc à cet égard envisager avec quelque réserve les négations tranchantes de certains paralytiques généraux.

Dr M. OLIVIER.

Ueber das Bewusstsein, seine Anomalien und ihre forensische Bedeutung, par L.-M. KÖTSCHER (d'Hubertusburg). XXXVe fascicule des *Grenzfragen des Nerven und Seelenlebens,* publiés par MM. L. Lœwenfeld et H. Kurella. (1 vol. in-8, 110 pages, Wiesbaden, J.-F. Bergmann, 1905. Prix ; 2 marks 40.)

Le volume de M. Kœtscher, publié dans l'élégante collection neurologique et psychologique de la librairie Bergmann, comparable, sous un aspect, à la collection de monographies Critzmann, publiée par l'éditeur français Masson, traite à coup sûr d'un important sujet. La conscience et ses anomalies, c'est une bonne part, et la plus difficile, de la psychologie.

L'auteur étudie successivement la conscience en général, ses éléments psychologiques, et la conscience du soi (Selbstbewusstsein), l'automatisme, la symptomatologie des troubles de la conscience, la conscience des faibles d'esprit et fous moraux, l'influence des émotions sur la conscience, le rôle de la suggestion en particulier chez les extatiques et stigmatisés, le sommeil et la conscience du rêve, l'hypnose, le somnambulisme hystérique, le spiritisme, la médiumnité et les visions, l'occultisme en général, la génialité, les troubles mentaux, les délires et la mort.

Particulièrement bien renseigné au point de vue pathologique, l'auteur ne semble pas avoir suffisamment subordonné l'enchaînement de ses chapitres à quelques conceptions générales, et il en résulte quelques flottements.

Intéressant à lire, cet ouvrage, qui nous mène jusqu'à la disparition de la conscience dans l'agonie, mais néglige de nous faire assister à sa naissance et à son évolution chez l'homme, ne prétend pas, du moins, avoir épuisé la question. Il y a devant nous, dit justement l'auteur, « tout un monde de problèmes ».

P.

Gehirn und Sprache, par HEINRICH SACHS, privat-docent à l'Université de Breslau. Fasc, XXXVI des *Grenzfragen des Nerven und Seelenlebens,* publiés par les Drs L. Lœwenfeld et H. Kurella. (1 vol. in-8 de 130 pages, avec 6 figures et 1 planche. Wiesbaden, J. Bergmann, 1905. Prix : 3 marks.)

Etude critique un peu confuse de la question — qui recommence à être très controversée parce qu'elle fait toujours l'objet de nombreux travaux d'anatomie pathologique — des rapports du cerveau et du langage, c'est-à-dire de la localisation verbale, et des régions atteintes dans les diverses formes d'aphasie. Etant donné que c'est un des sujets d'étude de « cérébrologie » pour lesquels les matériaux sont les plus nombreux et les plus précis, il y a quelque désillusion à voir de temps en temps remettre en doute les notions classiques qu'on croyait acquises.

P.

Ueber die Beziehungen des Kopfumgangs zur Korperlange und zur Geistigen Entwicklung, par G. EYERICH et L. LŒWENFELD. (1 vol. in-8, 156 pages. Wiesbaden, J.-F. Bergman, 1905. Prix : 2 marks.)

Les auteurs, après une brève historique des travaux effectués sur la question, exposent leurs propres recherches sur 1.235 sujets : ils ont mis en parallèle la taille, le poids moyen, la circonférence de poitrine

et, dans chacune des séries, par unité de taille, la plus petite et la plus grande circonférence de tête.

Ils ont, d'autre part, mis en rapport la circonférence de tête avec le niveau intellectuel grossièrement apprécié. De ces dernières corrélations, complétées par des mesures sur les écoliers, il ne ressort aucune liaison nette et constante entre la circonférence céphalique et l'intellectualité.

Les auteurs concluent avec raison que c'est moins la masse cérébrale, qui dépend de la morphologie corporelle tout entière, que l'organisation du cerveau, qui a le plus d'importance pour le niveau intellectuel. P.

Man and Woman, par HAVELOCK ELLIS (de Londres). 4e édition. (1 vol. in-8 de 488 pages. London, Walter Scott Publishing Ce.)

Ce volume, qui a été publié pour la première fois en 1894, est l'objet d'une 4e édition, et l'étude qu'il contient sur les caractères sexuels secondaires est toujours bien vivante.

La question est très complètement traitée, aussi complètement du moins que le permet l'assez grande pauvreté actuelle des matériaux.

Après une introduction et une définition du problème, Havelock Ellis envisage, dans des chapitres successifs, la croissance et les diverses proportions des corps, en insistant sur le bassin et la tête, et les différences dans l'anatomie cérébrale; puis il entreprend à l'examen des différents sens, du mouvement et de l'intellectualité, passe au métabolisme, c'est-à-dire à la physiologie du sang, de la respiration, de l'excrétion, de la fonction antitoxique et de la pigmentation, et à l'étude des viscères; il s'arrête ensuite à la périodicité fonctionnelle de la femme, sur laquelle on eût aimé, pour l'importance du sujet, le voir insister davantage, s'il n'y avait consacré déjà un volume; et il revient à des questions purement psychologiques, phénomènes hypnotiques, affectivité, sens artistique; après avoir enfin traité de la pathologie mentale et des anomalies, il passe, avant de conclure, à un chapitre de statistique sur la natalité et la mortalité, pour signaler, comme fait zoologique, la plus grande résistance des femmes aux maladies et à la mort.

Certes, tout est loin d'être dit sur cette importante question des différences sexuelles, mais le livre de Havelok Ellis y apporte une contribution de la plus grande utilité. P.

The Development of Symbolic Logic, par A.-T. SHEARMAN, de Londres. (1 vol. in-8 de 242 pages. London, Williams and Norgate, 1906. Prix : 5 sch.)

A la suite d'une active correspondance avec M. W.-E. Johnston, l'auteur a esquissé l'histoire critique du calcul logique. On sait que, à la suite de Russel et de Peano, on a cherché à étendre à la logique archaïque, que nous devons à Aristote, le symbolisme pratique qui a fait progresser l'algèbre. On arrive ainsi à donner la forme mathématique au calcul logique, qui devient le calcul universel.

PIÉRON.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ DE PSYCHOLOGIE

(*8 juillet*)

Origine psychologique du délire de métamorphoses. M. José INGEGNIEROS distingue, dans la formation de ce délire, qui revêt des formes multiples où la transformation en animaux est des plus fréquentes, trois origines dont les plus importantes sont l'origine supérieure, intellectuelle, et l'origine inférieure, cœnesthésique.

M. JANET rappelle à ce propos l'observation d'une hystérique qui, après visite au Jardin des plantes pendant ses règles, se croit transformée en lionne, rugit, marche à quatre pattes et, sans faire de mal, mais pour effrayer les personnes qui l'entourent à la Salpêtrière, déchire et dévore quelqu'un, — en photographie. M. Janet croit qu'il n'est pas nécessaire de chercher une troisième origine de ce délire.

M. SÉGLAS fait remarquer qu'on ne peut d'ailleurs pas expliquer par un déterminisme précis, pourquoi c'est précisément ce délire, et non tel ou tel autre, qui apparaît.

Exposé d'une nouvelle théorie vasculaire de la physiognomique. M. WAYNBAUM cherche à expliquer les expressions et grimaces de la figure par des modifications vasculaires utiles : la rougeur décongestionnerait le cerveau ; les larmes joueraient le rôle de saignée.

M. MANOUVRIER montre que la portée de ces explications est limitée par d'autres, qui sont aussi, sinon plus valables.

M. DUMAS et M. PIÉRON s'élèvent contre l'abus du principe d'utilité dans cet essai d'explication finaliste fondé d'ailleurs sur des faits très discutables.

M. MANOUVRIER défend les explications qui s'appuient sur l'utilité des fonctions, dans l'anatomie des organes.

Hypermésie avec paresthésie. MM. SOLLIER et BOISSIER. — Histoire clinique d'une jeune fille atteinte de préoccupations érotiques et qui, à une époque de sa vie, se souvient avec une grande précision des moindres détails de son existence durant son premier amour, avec cette impression curieuse qu'elle localise ses souvenirs au moment de leur apparition aux organes génitaux, aux seins ou aux lombes.

M. JANET croit qu'il n'y a pas là réellement hypermnésie, mais plutôt obsession du souvenir, et que chez cette malade psychasthénique érotique, la localisation des souvenirs en des régions érotogénes ne représente rien d'organique, pas de paresthésie proprement dite, mais une simple obsession.

M. SÉGLAS montre à son tour la fréquence, dans les idées délirantes des aliénés, de ces localisations étranges comparables à celles de M. Janet, et à celle qu'apporte M. Sollier.

Urée et acide phosphorique dans la mélancolie. M. VIEL a fait des dosages d'azote et de Po^4H^3 dans l'urine de malades atteintes de mélancolie ou de folie circulaire avec alternatives de dépression et d'excitation. L'augmentation des échanges est nette dans l'excitation ; elle apparaît quelquefois dans les formes de dépression apparente, mais anxieuse et avec excitation marquée.

M. MANOUVRIER signale qu'il faudrait tenir compte de ce fait, qui a été signalé, que chez la femme, il y a une courbe des échanges

avec oscillations normales, sous la dépendance des phénomènes menstruels.

M. PIÉRON signale l'intérêt qu'il y aurait à tenir compte du coefficient azoturique, et de faire des mesures parallèles sur les échanges de femmes normales, comparables, comme genre de vie, aux malades étudiées. PIÉRON.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

(9 juillet 1906)

Les aliénés dans les colonies françaises. — MM. MARGAIN et DECANTE rappellent que dans les colonies françaises aucun texte de loi, aucun arrêté ne règle la situation des aliénés. Exception faite pour la Réunion et la Guadeloupe, il n'y a pas d'asiles spéciaux; et les malades sont placés dans les hôpitaux ordinaires. Cependant, les cas d'aliénation mentale sont relativement plus fréquents dans les colonies qu'en France et il y aurait lieu d'appliquer la loi de 1838, objet de bien des critiques dans la métropole, mais dont l'observation aurait du moins l'avantage de faire cesser un peu partout le régime de l'arbitraire.

L'étude de cette question est renvoyée à une commission. Il est à souhaiter que cette commission soit écoutée. A plusieurs reprises déjà (mars et juin 1906) la *Revue de Psychiâtrie* a eu l'occasion de signaler les inconvénients de l'insuffisance de l'assistance des aliénés dans nos grandes colonies.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

(13 juillet 1906)

Psycho-polynévrite et tuberculose miliaire. — MM. VIGOUROUX et DELMAS montrent les coupes du cerveau et des organes d'un malade ayant présenté de la confusion mentale, de la polynévrite et mort de tuberculose miliaire.

En dehors des altérations classiques des nerfs, de la moelle et du cerveau les auteurs attirent l'attention pour le foie, atteint de cirrhose hypertrophique graisseuse.

Démence précoce avec autopsie. — MM. VIGOUROUX et DELMAS. — La tuberculose est ici encore la cause de la mort. Le cerveau ne pesait que 880 grammes, l'examen histologique n'a pas révélé de lésions du tissu vasculo-conjonctif.

L'examen du foie et des reins est négatif au point de vue des acquisitions pathologiques. Le testicule paraît anormal; les canalicules seminipares ne contiennent pas de spermatozoïdes; l'évolution spermatogénique est incomplète. J.

REVUE DES PÉRIODIQUES

PÉRIODIQUES DE LANGUE FRANÇAISE

Annales médico-psychologiques. (64e année. N° 1. — Juillet-août 1906).

MAGALHAES LEMOS. — **Perte de la vision mentale des objets dans la mélancolie anxieuse.** — Les observations de ce genre sont rares: celle de l'auteur doit être rapprochée du cas de Charcot et des deux

cas de Cotard : Il s'agit d'une hystérique de 36 ans, atteinte de mélancolie anxieuse et qui pendant près de trois mois fut incapable de reproduire et de raviver les images correspondantes aux sensations visuelles antérieurement perçues. M. L. étudie à ce propos la pathogénie de la perte de la vision mentale qui n'est pas toujours identique dans son mécanisme : tantôt le trouble initial entrave le premier acte de la mémoire de recollection et les images restent intactes (excitation évocative trop faible, phénomène psychique) ; tantôt il atteint le second, et les images sont directement détruites (phénomène sensoriel). L'avenir dira jusqu'à quel point l'anatomie pathologique justifie cette division pathogénique. Mais il paraît bien que les deux variétés cliniques de la perte de la vision mentale relèvent l'une et l'autre d'une localisation différente.

GIMBAL. — **Les Incendiaires** *(fin)*. — Dans un chapitre de conclusion, l'auteur distingue, en dehors des purs criminels, 3 variétés d'incendiaires qu'il classe, suivant un ordre décroissant de nocivité, de la façon suivante :

1er *groupe, incendiaires très dangereux* : fous moraux pyromanes, persécutés, épileptiques, hystériques, alcooliques.

2e *groupe, incendiaires dangereux* : délires simples et délirants.

3e *groupe, incendiaires peu dangereux* : déments.

G... renvoie les aliénés du 1er groupe à l'asile de sûreté de l'avenir.

A. CULLERRE. — **La maison de réforme d'Elmira** *(Etat de New York)*. — Etude d'après le rapport annuel de 1902 des administrateurs de l'établissement.

Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière
(19e année. — N° 3. — Mai-Juin 1906).

DUPRÉ et DEVAUX. — **Abcès cérébral. Nécrose corticale. Syndrôme méningé.** — Histoire d'un cas d'encéphalopathie complexe à forme surtout méningée et qui en imposa pour une méningite tuberculeuse terminale chez un phtisique. L'autopsie révéla l'existence de deux gros abcès centraux dont l'évolution demeura latente, et celle d'une nécrose diffuse du cortex avec intégrité des méninges. Les auteurs attirent l'attention sur les détails suivants :

1° Double évolution clinique à rapprocher de la double évolution anatomique : Syndrome insidieux et fruste des abcès cérébraux latents, puis explosion de phénomènes aigus (ceux de la méningite tuberculeuse) en rapport avec les lésions corticales rapides et massives.

2° Intégrité des méninges, et absence de lésions tuberculeuses des méninges et du cortex chez un phtisique en pleine évolution.

3° Caractère clinique presque latent d'une lésion centrale si volumineuse qu'elle avait détruit plus du tiers de l'hémisphère gauche.

ROUBINOVITCH. — **Iconographie de l'évolution d'un cas de maladie des tics.** — R... a pu fixer grâce à 8 intéressantes photographies les différentes étapes des tics par lesquels un malade âgé de 23 ans a évolué jusqu'à l'état actuel constitué par la réunion sans ordre apparent de tous les états partiels des périodes antérieures.

Le Bulletin médical
(20e année, n° 52, 4 juillet 1906).

BERNHEIM. — **Pathogénie d'un cas d'hystérie liée à une lésion cérébelleuse.** — L'auteur soutient depuis longtemps cette doctrine qu'il n'y a pas d'*hysterie* en tant que maladie spéciale. Les crises diverses dites hystériques ne sont qu'une réaction psycho-dynamique

d'origine émotive et pouvant, sous cette influence émotionnelle, se greffer sur les maladies les plus différentes.

Ainsi, la malade dont B... rapporte l'histoire fut atteinte d'hystérie consécutive à une tumeur du cervelet et greffée sur cette tumeur. Dans ce cas, les crises d'hystérie n'ont été qu'un épiphénomène, une réaction émotive psycho-dynamique ajoutée au vertige visuel. Ce symptôme (le premier en date) appartenait à la neuro-rétinite organique d'origine néoplasique ; dès qu'il disparut, les phénomènes hystériques cessèrent.

(20e année, n° 58, 25 juillet 1906.)

J. Roubinovitch. — **Les enfants anormaux en France.** — Les troubles psychiques sont plus fréquents dans l'enfance qu'on ne le croit habituellement; mais les diverses enquêtes faites en France pour essayer de fixer le nombre des enfants anormaux, soit dans les établissements d'assistance, soit en dehors de ces établissements, donnent des résultats bien au-dessous de la réalité. On n'interne guère que les individus incurables ou très gravement atteints; aussi, si le nombre des assistés est restreint, les résultats obtenus par les rares établissements médico-pédagogiques ne paraissent guère encourageants. Il faudrait organiser pour chaque catégorie d'enfants psychopathes (et sans lésiner) l'éducation qui convient, au lieu de gaspiller le peu d'efforts actuellement tentés pour ceux qui sont incapables d'en profiter. Le lecteur trouvera dans l'article de R... d'intéressants renseignements statistiques.

La Clinique
(1re année, n° 30, 27 juillet 1906).

Th. Simon. — **La rédaction du certificat d'internement.** — Comme tous les aliénistes, sous les yeux de qui passent de nombreux certificats d'internement mal rédigés par des confrères inexpérimentés (ce n'est, d'ailleurs, pas leur faute), l'auteur sait qu'il est des notions élémentaires utiles à dire et à redire.

Souhaitons que cet article, clair et complet, soit plus efficace que ceux écrits précédemment dans le même but, et permette aux médecins d'asile de compter à l'avenir sur le certificat d'internement pour être quelque peu renseignés sur les symptômes psychopathiques constatables avant leur propre intervention.

Journal de médecine de Paris
(21e année, n° 29, 15 juillet 1906).

Rodiet. — **Sur la réforme de la loi du 30 juin 1838.** — La commission destinée à décider de la sortie des aliénés, prévue par la circulaire ministérielle du 18 juin 1906, ôtera le souci de bien des décisions délicates à l'aliéniste souvent perplexe entre les deux partis suivants : ou rendre à la liberté un convalescent capable d'une rechute et pouvant commettre un crime, ou le garder éternellement prisonnier sous prétexte qu'il peut devenir dangereux.

Au point de vue absolu et scientifique, tout aliéné est susceptible de devenir dangereux, même ceux qui sont en apparence les plus inoffensifs. Aussi, les asiles sont-ils encombrés de vieillards affaiblis qu'on n'ose mettre en liberté parce que les enfants de ces malades, eux-mêmes chargés de famille plus jeune, se refusent à assurer le minimum de surveillance destiné à rendre inoffensifs les déments séniles.

L'auteur compte que la nouvelle loi sur l'assistance des vieillards, en

(Voir la suite après le Bulletin bibliographique mensuel.)

assurant la subsistance des intéressés, devra aussi défendre leur liberté, la circulaire ministérielle du 18 juin aidant.

Peut-être aussi, pense R..., sommes-nous à le veille d'une réforme de la loi de 1838?

Lyon médical (22 juillet 1906).

DEVIC ET NORDMANN. — **Une épingle rouillée dans le bulbe rachidien.** — En pratiquant l'autopsie d'une malade, les auteurs ont trouvé une épingle totalement rouillée, plantée obliquement dans l'aile blanche interne gauche du 4e ventricule, traversant la ligne médiane, puis l'aile blanche interne droite et l'aile grise jusqu'au voisinage du sillon bulbo-protubérantiel. On ne sait comment un tel corps étranger avait été introduit, et rien pendant la vie ne faisait soupçonner son existence : ni trouble fonctionnel du côté de la respiration, de la circulation ou de la motricité de la langue, ni trouble sécrétoire. Il existait bien un peu d'albuminurie, mais ce symptôme était sous la dépendance de lésions évidentes des reins.

Cette remarquable tolérance est en contradiction avec les notions généralement admises au sujet de la délicatesse du bulbe rachidien, et semble donner raison aux neurologistes contemporains admettant qu'il faut des lésions étendues du plancher du 4e ventricule pour amener des troubles graves des fonctions organiques.

Presse médicale (n° 37, 9 mai 1906).

LASSIGNARDIE. — **Les hallucinations inanitionnelles chez les rescapés de Courrières.** — L..., auteur d'une thèse sur l'état mental dans l'abstinence, faite sous l'inspiration de Régis, a eu l'occasion d'examiner à Biarritz 10 rescapés ayant présenté, pendant leur séjour prolongé dans la mine, des troubles psychiques parmi lesquels ont nettement dominé les hallucinations et les rêves. L... avait déjà fait, en 1897, un rapprochement entre les troubles mentaux de l'abstinence et ceux des intoxications. Il s'agirait, en l'espèce, d'auto-intoxication par autophagie, car les hallucinations ont précédé chez les mineurs l'ingestion de viande de cheval corrompue.

(N° 57. 18 juillet 1906).

DÉJERINE. — **L'aphasie motrice sa localisation et sa physiologie pathologique.** — Les idées de P. Marie sont en contradiction avec les faits :

On ne peut dénier à la circonvolution de Broca tout rôle dans la fonction du langage en se basant sur des observations où, cette circonvolution étant intacte, ses relations avec le reste de l'hémisphère sont détruites. D'autre part la 3e circonvolution frontale gauche peut être détruite chez un droitier sans que cette destruction soit suivie d'aphasie s'il s'agit d'un sujet ambidextre, ou si la circonvolution homologue de l'autre hémisphère supplée le centre habituel. Il est possible toutefois que la localisation motrice du langage articulé ne soit pas aussi rigoureusement limitée que l'avait admis Broca. Mais si cette localisation n'est pas seulement et uniquement dans le 1/3 postérieur de la 3e circvolution frontale, il y aura toujours dans cette zone une région dont la lésion détermine l'aphasie motrice et cela en dehors de toute altération du lobe temporal.

L'aphasie n'est pas une, car les troubles de la compréhension de la parole parlée dans l'aphasie motrice ne sont pas des troubles de surdité verbale : il s'agit purement et simplement d'un défaut d'évocation spontanée des images auditives verbales.

Enfin, l'aphasique type Broca n'est pas un anarthrique, c'est à-dire un paralytique des organes de la parole.

Il prononce correctement les deux au trois mots dont il se rappelle les mouvements d'articulation ; tandis que le pseudo-bulbaire, véritable anarthrique, bredouille tous les mots qu'il *sait* prononcer.

En résumé il existe une aphasie motrice par lésion de la région de Broca, tout comme il existe une aphasie sensorielle par lésion de la région de Wernicke. Dans l'une et l'autre de ces formes les troubles de l'intelligence lorsqu'ils existent n'ont absolument rien à voir avec la symptomatologie présentée par les malades, et dans l'aphasie de Broca les troubles de la parole n'ont aucune espèce de rapport avec l'anarthrie.

La Tribune Médicale
(39e année. N° 27. 21 juillet 1906.

HUDELO ET RIBIERRE. — **Ictère grave et syndrome psychopolynévritique.** — *(Evolution et guérison parallèles).* — Pendant une assez longue période où l'insuffisance hépatique a passé par des alternatives d'aggravation et d'amélioration semblant à un moment évoluer vers une issue fatale pour finalement aborder à la guérison les troubles psychiques ont chez les malades en question subi des fluctuations directement superposables à celles du syndrôme hépatique.

Le parallélisme de ces deux courbes est le fait sur lequel H. et R. attirent l'attention, sans compter l'heureuse issue des accidents, qui est en somme assez rare dans les cas de ce genre.

Bulletin de la Société de Médecine Mentale de Belgique
(N° 127. Juin 1906)

CLAUS. — **La responsabilité médicale et l'assistance des aliénés.** — Après une étude générale sur la responsabilité civile et pénale du médecin devant les diverses juridictions, l'auteur arrive à cette conclusion : que l'exercice consciencieux et largement progressif de la profession médicale n'est pas entravé par le fait que les hommes de l'art ne sont pas couverts par l'irresponsabilité absolue.

Au point de vue spécial des aliénés, la même conclusion prévaut : et par conséquent, les choses n'étant pas faites à la légère, la crainte des responsabilités encourues à la suite d'un incident scandaleux ou regrettable ne doit pas empêcher les médecins d'asile de donner à leurs malades le maximum de liberté compatible avec l'état de ces malades : (qu'il s'agisse de sorties d'essai, de promenades, de travail au dehors, etc...)

L'article de CL... mérite d'être lu en entier et avec soin : il contient une abondante documentation tant au point de vue proprement juridique qu'au point de vue médico-légal, et montre les divers aspects de questions délicates de la responsabilité des médecins d'asile.

Il y est aussi fait allusion à quelques incidents particulièrement litigieux, ayant donné lieu à des décisions juridiques contradictoires, mais qui n'empêchent pas l'auteur d'estimer d'une façon générale très suffisante la liberté d'action du médecin en règle avec sa conscience professionnelle.

DEROITTE. — **Otite chronique purulente. — Abcès cérebelleux. — Epilepsie.** — Observation avec autopsie et examen histologique. Le malade a présenté depuis son jeune âge une suppuration de l'oreille ; à l'âge de neuf ans ont commencé des crises épileptiformes à caractères particuliers aboutissant après un certain nombre d'années à des accès épileptiques typiques. Finalement s'est déclaré un abcès cerebelleux qui a causé la mort.

JUQUELIER.

REVUE DES PÉRIODIQUES ÉTRANGERS

PÉRIODIQUES DE LANGUE ALLEMANDE.

Zeitschrift für Psychiatrie. — Janvier 1906.

NECKE. — **Le baiser chez les aliénés.** — Après une étude psychophysiologique des plus intéressantes sur le baiser en général, sa nature, son origne, l'auteur analyse les causes de cette manifestation chez les aliénés : 1° le baiser amical, sans participation sexuelle presque exclusivement chez les femmes et aussi chez les idiots du sexe masculin ; 2° le baiser sexuel ; 3° le baiser homosexuel ; 4° le baiser commandé par une hallucination ; 5° le baiser d'origine délirante ; 6° le baiser par impulsion (avec ou sans obsession) ; 7° le baiser automatique, 7 observations illustrent cette importante monographie.

Centralblatt f. Nervenheilk. u. Psychiatrie. — Mars 1906.

MONGERI. — **Contribution à l'étude de l'étiologie de la paralysie progressive.** — Statistique faite à Constantinople sur 140 malades. On trouve 90 °/₀ de syphilitiques.

MORAVCSIK. — **Hallucinations provoquées artificiellement.** — Des excitations sensorielles provoquent des hallucinations chez des alcooliques ; 4 observations.

JULISUBURGER. — **De la pseudo-mélancolie.** — Etude très détaillée d'un cas dans lequel on note une dissociation des éléments symptomatiques de la mélancolie.

Avril 1906.

VOGT. — **Les dissociations hystériques à la lumière de la doctrine de l'énergie-absorption.** — Etude psychologique de l'état mental des hystériques.

HUDOVERNIG. — **Un cas d'hallucination d'origine périphérique.**

HOPPE. — **L'ivresse au point de vue médico-légale.**

GAUPP. — Même sujet.

BUNNEMANN. — **Le concept du psychisme.**

MERZBACHER. — **Rapports de la syphilis et de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.** — Monographie très complète.

15 juin 06.

HEILBRONNER. — **Troubles du langage dans les psychoses fonctionnelles** *(à l'exclusion des troubles aphasiques).* — Mémoire très complet sur une question des plus intéressantes.

15 juill.

SPECHT. — **Sur l'hystéro-mélancolie.**

Société berlinoise de psychiatrie. — 6 nov. 1905.

BORCHARDT. — **Opérations dans les cas de tumeurs du cervelet.** — Communication suivie d'une discussion.

HENNEBERG. — **Cysticerques du cerveau.** — Plusieurs observations.

Congrès antialcoolique de Budapest, — 1905.

LAITINEN. — **L'influence de l'alcool sur la résistance de l'organisme et sur la descendance.**

WEYGANDT. — **Recherches expérimentales sur le rôle de l'alcool au point de vue psychique.**

BLEULER. — **Le traitement des alcooliques criminels.**

VAMBÉRY. — **L'alcool et le code pénal.**

DELBRUCH. — **L'abstinence dans les asiles d'aliénés.**

WALDSCHMIDT. — **L'assistance des buveurs en Allemage.** — Il y a actuellement en Allemagne 38 asiles de buveurs, entre autres celui de Berlin pour 150 malades.

BEZZOLA. — **La thérapeutique de l'alcoolisme.** — Durée minima du traitement : 6 mois. Un séjour d'un an est préférable.

Congrès de psychiatrie de Munich. — Avril 1906.

PFISTER. — **La verbigération.** — A lire *in-extenso.*

ROSENFELD. — **Troubles psychiques dans l'aphasie.** — Revue critique.

ALT. — **Thérapeutique alimentaire de la maladie de Basedow.**

HESS. — **L'Héboïdophrénie.**

HUBNER. — **Syphilis du système nerveux.**

SCHRÖDER. — **Les psychoses par intoxication.**

VOCKE. — *Les asiles d'aliénés doivent être des hôpitaux et non des établissements pour dégénérés criminels.*

Divers.

H. OPPENHEIM. — **Lettres de psychothérapie** (44 pag. Karger, Berlin, 1906). — Choix de lettres écrites par le Professeur de Berlin à des névropathes. Cet essai de psychothérapie par correspondance nous paraît des plus ingénieux et mérite de trouver des imitateurs.

E. V. MALAISÉ. — **Le pronostic du tabès dorsalis** (51 pages, Karger, Berlin, 1906). — Travail de la Policlinique du professeur Oppenheim.

Prof. AUTON. — **Sur le retour des fonctions cérébrales après les affections du cerveau** (Berlin, Karger, 1906, 32 pages). — Etude de psychologie pathologique sur les phénomènes de *compensation* consécutifs aux maladies du cerveau.

P. SÉRIEUX.

PÉRIODIQUES DE LANGUE ANGLAISE.

The American Journal of Psychology
(Vol. XVII. n° 2. Avril 1906).

ALVIN BORGQUIST. **Les pleurs** (Crying). — L'auteur a consacré une étude à cette question, négligée en psychologie, des pleurs, comme on en a consacré de nombreuses au rire. Il s'est fondé sur des réponses à un questionnaire qui a été rempli par 200 sujets (161 femmes et 39 hommes) d'écoles normales de New-York et du Kansas. Quelques données ethnologiques supplémentaires ont été en outre fournies grâce au Bureau d'Ethnologie Américain qui envoya des questionnaires aux voyageurs et missionnaires. Enfin des données physiologiques et un dépouillement de la littérature sur le sujet ont achevé de constituer les bases du travail.

En dehors de la généralité du phénomène des pleurs, et de sa décroissance, presque toujours, avec l'âge, les principaux résultats sont les suivants.

Le facteur psychologique essentiel dont relèveraient les pleurs, serait un sentiment d'impuissance ; et le phénomène surviendrait constamment après une période de grande tension nerveuse, suivie d'un relâchement dans lequel cesse l'adaptation aux conditions environnantes. Les caractéristiques physiologiques des pleurs comportent des troubles de circulation, certaines attitudes du corps, les sanglots, l'écoulement des larmes, l'oppression de la gorge et l'émission des sons vocaux, des cris, qui constituent le premier phénomène dans les pleurs actifs des jeunes enfants. Tous les autres phénomènes, associés à des

mouvements du tube digestif, sont interprétés par l'auteur comme des mouvements de « réjection ».

L'association mentale de cette mimique avec le déplaisir ressenti dans les vomissements, aurait, suivant l'auteur qui suit dans ces explications la tendance finaliste et darwinienne, provoqué le retour des phénomènes dans tous les états de déplaisir.

EDMUND H. HOLLANDS. — **La doctrine de Wundt sur l'analyse psychique.** — Deuxième étude, où l'auteur examine le sentiment et l'analyse du sentiment dans la philosophie de Wundt, qu'il défend contre des critiques à elle adressées, en particulier par Washburn.

ELSIE MURRAY. — **Facteurs périphériques et centraux dans les images-souvenirs des formes visuelles et des couleurs.** — D'expériences faites sur les images conservées de formes géométriques colorées, avec fixation des formes, ou mouvements des yeux, volontairement ou involontairement, résultent un certain nombre de faits : mesures de la durée des images, localisation, nature distincte ou obscure, complète ou incomplète des images persistantes, etc. La conclusion générale du travail, au point de vue de l'explication des différences considérables constatées dans la reproduction visuelle des images, c'est que les facteurs de ces variations ne sont pas des attributs, qualitatifs ou spatiaux, de l'excitant, ni des mouvements généraux de l'œil augmentant la valeur de ces attributs, mais que la réapparition et la persistance des images, la distraction et l'exactitude dans la reproduction sont conditionnées par la relation qui existe entre l'excitant et les conditions purement centrales, cérébrales, et aussi par certains phénomènes moteurs tout à fait spéciaux accompagnant la fixation.

JAMES P. PORTER. — **Nouvelle étude sur les moineaux anglais et autres oiseaux.** — Expériences sur une demi-douzaine de moineaux, deux variétés de pigeons, un « Vesper-Sparrow » et un « Cowbird » [1], continuant une première étude de l'auteur, et faites suivant les méthodes générales de Thorndike. On mesure par exemple le temps que met l'oiseau à sortir d'un labyrinthe, et les progrès au fur et à mesure de l'expérience antérieure. Les différences paraissent des indications sur l'habileté et l'intelligence de l'animal.

On constate des différences spécifiques et des différences individuelles, mais le progrès est un fait constant. Voici un cas où la continuité du progrès est remarquable. Il s'agit d'un moineau anglais. A gauche sont les temps nécessaires à sa sortie (en secondes), à droite ses erreurs dans ses efforts pour sortir du labyrinthe :

	Temps	Erreurs
1er Essai	130	11
2e —	91	7
3e —	20	2
4e —	14	1

Ce fait montre l'existence d'une mémoire excellente. En recommençant l'expérience après un long intervalle, on établit la durée de cette mémoire, qui est encore intacte après 30 jours.

Une autre série d'expériences fut faite dans une cage où l'oiseau devait ouvrir une porte pour obtenir sa nourriture. L'on note également ses progrès dans le raccourcissement des essais et la diminution des

[1] Il est regrettable qu'en parlant d'espèces animales, les auteurs ne mettent pas toujours la dénomination latine, car autrement, le parallélisme avec les noms français est quelquefois difficile à établir.

efforts infructueux. Enfin la reconnaissance des formes et des couleurs s'effectue en plaçant des aliments dans des récipients colorés et de forme donnée, et en étudiant ensuite vers quels récipients placés au milieu d'autres se dirigent de préférence les oiseaux.

CHAMBERLAIN. — **Note sur les images hypnagogiques des jeunes enfants.**

MARTIN. — **Installation électrique du nouveau laboratoire de psychologie de l'Université Stanford.** — Description de l'installation électrique et plan, fort bien conçu, de ce laboratoire, qui occupe une superficie d'environ 400 mètres carrés.

NOUVELLES

Le recrutement des médecins adjoints. Décret du 1er août 1906. — Ce décret institue un concours annuel pour le recrutement des médecins adjoints. Le concours a lieu en principe dans le premier trimestre de l'année, il peut être supprimé s'il n'y a pas deux vacances prévues pour l'année courante. Le nombre des places est annuellement fixé par l'arrêté déterminant la date du concours. Les dispositions essentielles concernant l'inscription, les épreuves, le jury, la date d'entrée en fonctions, la position de disponibilité, restent les mêmes que par le passé. Toutefois, les candidats devront justifier de *deux années* (au lieu d'une) de stage comme interne des asiles publics ou privés, interne des hôpitaux ou chef de clinique; ils ne devront pas avoir *trente-trois* ans révolus le 1er janvier qui précède le concours.

Il y aura dans chaque Jury un professeur ou agrégé de la faculté de Paris, sans que cette disposition élimine *ipso facto* les médecins en chef des asiles du ressort de l'Académie de Paris. *(Voir le décret* in extenso *dans le* Journal officiel *du 2 août 1906, p. 5005.)*

Faculté de Médecine de Gênes. — M. le Dr CORRADO-FERRARINI est nommé privat-docent de psychiatrie.

Jefferson medical college de Philadelphie. — M. le Docteur A. GORDON est nommé professeur adjoint de neurologie et de psychiatrie.

Le gérant : A. COUESLANT.

PARIS & CAHORS, IMPRIMERIE A. COUESLANT (27-IX-06)

REVUE CRITIQUE

LA PSYCHOTHÉRAPIE TOTALE OU SUPÉRIEURE [1]

Par J. GRASSET

Professeur de clinique médicale à l'Université de Montpellier

1. DÉFINITION, EXEMPLES ; CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES — Ne s'adressant qu'au seul psychisme inférieur, la psychothérapie inférieure, thérapeutique par l'hypnotisme, ne peut atteindre qu'un polygone désagrégé ; elle ne s'adresse nullement à O et accentue, plutôt qu'elle ne guérit, la séparation des deux psychismes.

La psychothérapie supérieure, au contraire, loin de séparer les psychismes pour modifier l'un d'eux, s'adresse à l'ensemble des psychismes, fortifie leur union et leur collaboration, cherche à accroître la force de O et son influence sur l'entière vie du sujet.

Une vieille fille, catholique, est atteinte de psychisme anxieux ; elle doute et souffre d'un symptôme qu'elle décrit ainsi : « J'ai, dit-elle, l'idée fixe, l'obsession de voir l'hostie partout. J'en découvre sur tous mes vêtements, sur les objets et les personnes qui m'entourent, partout. Et alors, comme j'ai peur de faire un sacrilège, je passe mon temps, en souffrant horriblement, à laver tout ce qui me touche, tout ce qui m'entoure, en craignant qu'il y ait un contact irrespectueux. J'en suis arrivée à ne plus savoir comment m'habiller, parce que sur toutes mes robes, sur tous mes vêtements, j'ai cru en apercevoir. Je ne sors plus. Il me faudrait acheter douze paires de gants par jour, n'osant plus remettre les miens... Je n'ai pas l'hallucination visuelle de l'hostie, je n'en vois pas la forme. Mais, comme j'ai cette idée perpétuelle, tout ce que je découvre sur moi de blanc et y ressemblant, je suis persuadée que cela en est... »

J'estime que dans un cas comme celui-là, la psychothérapie inférieure serait désastreuse. Les centres psychiques supérieurs sont faibles, n'ont pas la force de chasser ou de classer les idées plus ou moins saugrenues qui se présentent à eux. Par l'hypnose j'affaiblirais encore plus le centre O, qui a besoin de réconfort.

Mais on peut cependant traiter psychiquement cette malade, puisque son O n'est que faible, qu'il reconnait la non existence réelle de ces hosties obsédantes.

Puisque cette malade n'a pas d'hallucination vraie, n'a pas de

[1] Extrait d'un volume sur la *Therapeutique des Maladies du système nerveux*, qui doit paraître prochainement chez Doin. (Encyclopédie scientifique).

sensation fausse, puisqu'elle sait qu'il n'y a pas réellement d'hostie dans les taches blanches, il faut lui donner la force de son opinion, il faut obtenir de son O qu'il marche volontairement sur ces taches malgré la crainte du sacrilège, qu'il les touche résolument sans aller se laver après.

Il faut donc faire ici non de la psychothérapie qui désagrège les psychismes, agisse sur le seul polygone et affaiblisse l'union d'O avec les centres inférieurs, mais de la psychothérapie qui s'adresse à l'entier psychisme, fortifie O, lui redonne confiance en soi, accroisse sa puissance de direction sur l'automatisme.

Voilà un exemple qui montre bien, ce me semble, combien la psychothérapie supérieure est différente de la psychothérapie inférieure et a des indications et des contreindications différentes.

Beaucoup d'auteurs ont fait et font de la psychothérapie supérieure, les uns en le sachant, les autres sans le savoir.

Dans les premiers, je citerai PAYOT, DUBOIS de Berne, et ANTONIN EYMIEU dans leurs beaux livres sur l'*Education rationnelle de la volonté*, sur le *Traitement des psychonévroses* et sur le *Gouvernement de soi-même*, Dans les seconds, nous retrouvons BINET et LÉVY dans leurs travaux sur la suggestibilité et la suggestion.

Dans ses travaux plus récents sur le traitement psychique de l'hystérie, de la neurasthénie et des névroses en général, LÉVY [1] proclame nettement qu'il ne fait pas de la suggestion et de l'hypnotisme, mais de la psychothérapie supérieure, par « les voies de raisonnement et de raison. »

C'est de la psychothérapie supérieure que font : FRENKEL dans la rééducation des ataxiques, BRISSAUD et ses élèves MEIGE et FEINDEL dans le traitement des tics, DÉJERINE et ses élèves CAMUS et PAGNIEZ dans le traitement des hystériques.

Si j'ai soigneusement séparé la suggestion d'un côté et de l'autre, la persuasion, l'enseignement, les conseils ou la pédagogie, etc., je rapproche complètement toutes ces dernières actions psychiques de la psychothérapie supérieure, puisque tous ces moyens s'adressent aux centres supérieurs ou à l'ensemble des centres psychiques.

La seule nuance qui sépare la psychothérapie supérieure des autres modes d'influence psychique supérieure, c'est que la psychothérapie est de la thérapeutique, s'adresse par suite uniquement à des malades qu'on veut guérir, tandis que l'éducation,

[1] Voir notamment : PAUL-EMILE LÉVY. La cure définitive de la neurasthénie par la rééducation psychique. *Archives générales de médecine*. 1905, 6 février, p. 321.

l'enseignement, la persuasion, etc., s'adressent à des sujets bien portants qu'on veut seulement compléter ou perfectionner.

C'est la différence qu'il y a entre la pédagogie et la pédiatrie.

Tout en maintenant chaque science dans son domaine (ce qui est l'intérêt de tous), il faut aussi admettre la collaboration possible des moyens voisins, l'aide mutuelle qu'ils peuvent se rendre.

C'est ainsi que si je conteste les services que la suggestion peut rendre à l'éducation des enfants bien portants, j'admets que l'éducation et la psychothérapie supérieure peuvent se rendre de mutuels services. La psychothérapie supérieure (comme la psychothérapie inférieure) ne peut et ne doit être exercée que par le médecin. Mais, dans une œuvre de ce genre, le médecin et le professeur, comme le médecin et le prêtre, peuvent s'aider puissamment et contribuer utilement, chacun pour sa part, à obtenir le résultat final : le retour du sujet à un psychisme normal ou se rapprochant le plus possible de l'idéal normal.

***

2. Limites d'action, contreindications et indications de la psychothérapie supérieure. — Ces considérations permettent de prévoir les *limites* d'action et les *contreindications* de la psychothérapie supérieure.

La limite de cette action vient surtout du degré d'altération des centres supérieurs.

Si le centre O est profondément atteint, s'il croit à son délire, s'il admet la complète réalité de son hallucination ou de son idée fausse, la psychothérapie la plus avertie n'obtiendra rien ou n'obtiendra que peu de chose.

Dans l'exemple cité plus haut de la malade aux hosties, je n'espère quelque résultat de la psychothérapie que parce que la malade proclame elle-même que son hallucination n'est pas réelle et complète ; elle sait que l'hostie n'existe réellement pas sur sa robe. Son centre O raisonne donc juste ; seulement il est trop faible pour imposer sa raisonnable manière de voir, et son polygone, affolé par l'idée obsédante, passe sa vie à se laver ou à se confesser pour effacer le sacrilège que O sait cependant ne pas exister.

Dans ce même psychisme anxieux, s'il y a vraie folie du doute, si O est assez malade pour croire à la réalité du phénomène morbide, la psychothérapie est à peu près inutile.

De là, cette conclusion que la psychothérapie supérieure n'est pas le traitement des psychoses vraies et complètes ; ce n'est pas le traitement des fous internés. C'est au contraire le traitement de choix de ce que Dubois appelle les psychonévroses, états caractérisés par la débilité mentale, la facilité de désa-

grégation suspolygonale, l'instabilité mentale de DUPRAT, l'abdication facile de O et la prédominance fréquente du polygone...

Ces limites d'action font prévoir qu'il y a même des cas dans lesquels la psychothérapie supérieure devient un moyen *inefficace* et *dangereux* [1].

Ainsi les raisonnements mal dirigés des familles ou des gens du monde contre certains délires invétérés et profonds peuvent faire beaucoup plus de mal que de bien. Nous avons tous vu des aphasiques et des ataxiques qui surmenaient leurs centres psychiques supérieurs par des exercices de rééducation exagérés pour la force de leur O.

Sous le bénéfice de ces réserves, on peut dire que la psychothérapie supérieure a pour but et pour *indication* la culture et le développement, l'accroissement et le perfectionnement de la volonté, de la maîtrise de soi, de l'unité morale, du moi, de la personnalité normale et complète...

La psychothérapie peut être aussi un adjuvant utile d'autres traitements. MAURICE MOLLET [2] a montré que RABELAIS faisait rire ses « vérolez », qui, avant lui, mouraient d'ennui, et POUCEL [3] a développé tous les services que la psychothérapie peut rendre à la chirurgie.

Par quels moyens le médecin peut-il essayer d'obtenir ces résultats dans les cas où son intervention est indiquée ?

Quels sont les procédés de la psychothérapie supérieure ?

Voilà la grave et capitale question qu'il me reste à envisager et que je pourrai seulement indiquer rapidement dans un chapitre comme celui-ci [4].

***

3. PRINCIPES DE LA TECHNIQUE ET DES PROCÉDÉS DE LA PSYCHOTHÉRAPIE SUPÉRIEURE.

a. Action sur les phénomènes moteurs.

Le principe de l'action psychothérapique est facile à comprendre quand on cherche à agir par le centre nerveux O sur une

[1] Dans une critique, d'ailleurs très courtoise, BONJOUR de Lausanne (*Revue de l'hypnotisme*, mai à août 1906) me reproche beaucoup ce mot « dangereux » appliqué à l'hypnotisme thérapeutique. On voit que je l'applique aussi à la psychothérapie supérieure, comme on peut l'appliquer à toute médication vraiment active. — Je ne reproche pas à DUBOIS de me l'avoir appliqué à moi-même.

[2] MAURICE MOLLET. *Rabelais clinicien*. Thèse de Paris, 1904.

[3] POUCEL. Thèse de Montpellier, 1905.

[4] Pour le détail de ces procédés psychothérapiques, on peut consulter les ouvrages suivants, déjà cités : JULES PAYOT. *L'Education de la volonté*. — DUBOIS. *Les Psychonevroses et leur traitement moral*. — CAMUS et PAGNIEZ. *Isolement et psychothérapie*. — PAUL-EMILE LÉVY. *L'Education rationnelle de la volonté*. — MEIGE et FEINDEL. *Les Tics*. — ANTONIN EYMIEU. *Le Gouvernement de soi-même*.

fonction motrice qui est normalement sous la dépendance et la direction de ce centre O, mais que la maladie a actuellement déviée.

L'ataxique, par exemple, a sa marche automatique, troublée; son équilibre est atteint; il arrive ainsi, par les progrès de l'incoordination, à ne plus pouvoir marcher. On peut alors par des exercices très bien réglés, dans lesquels on habitue son O à diriger les mouvements, arriver à lui créer un nouvel automatisme de la marche.

L'ataxique réapprend à marcher avec sa volonté consciente supérieure.

De même, un tiqueur a pris la mauvaise habitude pathologique de tourner constamment la tête comme si son faux-col le gênait, ou de soulever une épaule comme pour empêcher un ballot de tomber. Le médecin habitue le malade à s'opposer par la volonté aux mouvements automatiques morbides et à faire volontairement des mouvements opposés à ces mouvements morbides. Suivant l'expression de MEIGE et FEINDEL, « le tiqueur perdra peu à peu l'habitude de conserver de mauvaises habitudes. Bien plus, il prendra l'habitude de ne pas prendre de mauvaises habitudes ».

« Ce qu'on appelle psychothérapie, dit BRISSAUD à propos des tics, n'est autre chose qu'un ensemble de moyens destinés à montrer au patient par où pèche sa volonté, et à exercer ce qui lui en reste dans un sens favorable... Le médecin se fait éducateur sans rien emprunter aux pratiques plus ou moins occultes de la suggestion hypnotique. De cela surtout il faut qu'il se défende ; car le malade doit être immédiatement prévenu que sa collaboration est indispensable... C'est donc sa propre volonté qui agira et non l'influence personnelle de l'éducateur. » On ne saurait mieux montrer la grave différence qu'il y a, en clinique pratique, entre la psychothérapie inférieure et la psychothérapie supérieure.

La rééducation motrice des ataxiques et des tiqueurs est donc un exemple, facile à comprendre, de psychothérapie supérieure : le centre O ayant régulièrement action sur les mouvements, on comprend que, bien dirigé, ce centre O puisse corriger des symptômes moteurs. C'est le principe de la rééducation motrice, qui est une partie de la psychothérapie supérieure.

L'aphasie est un des cas dans lesquels la rééducation rend aussi le plus de service[1].

L'aphasique peut guérir. La célèbre auto-observation de LOR-

[1] Voir : Traitement de l'aphasie. *Traité de thérapeutique appliquée d'Albert Robin*, fascicule XIV, p. 179.

DAT[1] et l'observation que j'ai publiée en 1873[2] en sont la preuve certaine. Cette guérison se fait en général par suppléance, soit par les parties voisines du même hémisphère, soit par l'hémisphère opposé.

En principe général, on réapprend à parler à un aphasique en utilisant les parties persistantes de sa fonction du langage.

Ainsi, dans l'aphasie motrice, on a l'ouïe, la vue, la mimique et l'écriture. On articulera, devant le malade, les sons, puis les lettres, puis les syllabes, puis les mots, en les lui faisant répéter. On lui montrera en même temps les objets dont on veut lui faire dire les noms. On lui montrera, écrits, les sons qu'on veut lui faire répéter. On lui fera écrire à lui-même les mots à dire. On lui apprendra à lire tout haut, en épelant d'abord.

Si on sait le malade visuel ou auditif, on insistera plus ou moins sur les mots écrits ou les mots parlés. Dans les cas incomplets, si par exemple la parole chantée persiste ou si la parole est intacte pour une langue particulière, on se servira de la musique ou de la langue conservée pour éveiller les images motrices de la langue perdue. S'il y a une hémiplégie droite grave, on apprendra à écrire de la main gauche.

Dans l'agraphie, le malade réapprendra à écrire comme un enfant. Il fera d'abord des barres, puis des lettres, puis des mots en copiant, puis sous la dictée, puis en regardant un objet donné, enfin en composant spontanément.

Dans la cécité verbale, on lui apprend à lire, en lui nommant les lettres, les syllabes, les mots, en les lui faisant copier (il relit alors par ses impressions kinesthésiques d'écriture). JEAN CHARCOT[3] a même imaginé un appareil, « destiné à évoquer les images motrices graphiques chez les sujets atteints de cécité verbale. » Je cite des malades qui lisaient « en exécutant avec leur main cachée derrière leur dos ou dans leur poche les mouvements nécessaires à l'écriture des mots qu'ils ont devant eux ». Enfin on peut leur donner des lettres en relief, comme aux aveugles, on désignera à haute voix chaque lettre au sujet, il la reconnaîtra au toucher et fixera de nouveau cette image dans sa mémoire visuelle.

Dans la surdité verbale, quand on dit au sujet une lettre ou

[1] LORDAT. Analyse de la parole pour servir à la théorie de divers cas d'alalie et de paralalie (de mutisme et d'imperfection de parler) que les nosologistes ont mal connus. Leçons tirées du cours de physiologie de l'année scolaire, 1842-43. *Journal de la Société de médecine pratique de Montpellier*, t. VII, p. 333 et 417 ; t. VIII, p. 1. Réimprimé à la fin de mon étude sur les aphasies. *Montpellier médical*, 1884, 2e série, t. II, p. 29.

[2] Observation d'aphasie complète, suivie de guérison, avec des spécimens de l'écriture du malade aux diverses phases de la maladie. *Montpellier médical*, 1873, t. XXX, p. 93.

[3] JEAN CHARCOT. *Société de biologie*, 11 juin 1892.

un mot, il faut évoquer dans son esprit simultanément l'image visuelle, en lui montrant le mot écrit ou imprimé. GUTZMANN[1] habitue le malade à comprendre le mouvement de ses lèvres, pendant qu'il prononce un mot...

Je n'insiste pas. Ceci suffit comme règle générale : dans chaque cas particulier on précisera l'intervention suivant le résultat de l'analyse physiologique[2].

b. Action sur les phénomènes psychiques.

α. Action directe sur l'idée.

L'action principale de la psychothérapie supérieure est l'action que le psychisme du médecin peut exercer sur l'idée du malade.

On agit dans ce cas surtout par la conversation, le raisonnement, en démontrant au sujet que telle chose qu'il croyait impossible lui est parfaitement possible... On choisira au malade ses lectures, ses distractions, ses occupations, ses relations...

On applique médicalement au sujet ce principe de conduite qu'ANTONIN EYMIEU a très brillamment développé : entretenir en lui des idées conformes aux actes que l'on veut faire, puisque cela y pousse ; et inversement, ne pas entretenir des idées conformes aux actes qu'on veut éviter, puisque ce serait l'incliner à les accomplir.

Dans le livre de DUBOIS on trouvera aussi très bien exposée cette méthode thérapeutique, qui est d'ailleurs classique et facile à comprendre.

Mais il est des cas bien plus difficiles, dans lesquels l'idée, la sensation, l'émotion morbides ne sont pas influencées par la volonté du sujet.

On a beau alors essayer d'agir directement sur le O du malade, on perd son temps, on n'arrive à rien.

Ces malades, en effet, ne pensent pas à ce qu'ils veulent penser, ne sentent pas ce qu'ils veulent sentir, ne sont pas maîtres de leurs émotions ; l'idée, la sensation, l'émotion s'imposent à eux. Comment la volonté pourra-t-elle modifier ces états psychiques qu'elle ne fait pas naître, qui ne lui sont pas soumis ?

Ainsi un malade aura l'idée d'un microbe présent partout, ou il verra partout des images qui lui déplaisent, ou il aura peur de tous les chiens : il n'est pas maître de ne pas penser à ce

[1] GUTZMANN. *Société de médecine interne de Berlin*, 29 janvier 1894 (*Revue de neurologie*, t. II, p. 180).

[2] Voir MOHR. Sur le traitement de l'aphasie (avec observation sur l'agrammatisme), *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 1905, t. XXXIX, p. 1003. (*Revue neurologique*, 1905, p. 952).

microbe, de ne pas voir cette image, de n'avoir pas peur de ce chien.

Vous ne pouvez pas procéder ici comme dans l'hypnose par ordre, par injonction.

Gardez-vous de dire à ce malade : ne pensez plus à ce microbe, ne voyez pas cette image, n'ayez pas peur de ce chien. Il vous répondrait : croyez-vous donc que je le fais exprès ? J'aimerais bien mieux ne pas avoir cette idée, cette sensation ou cette peur; mais cela m'est impossible. Cela n'est pas volontaire. Donc, ma volonté ne peut rien contre. Et il aura raison.

Donc, l'action directe dans ces cas est impossible et il serait souvent dangereux de l'essayer : le malade aurait raison contre son médecin ; ce qui rendrait impossible toute autre tentative de psychothérapie. On ne peut agir psychiquement dans ce cas qu'*indirectement*.

β. *Principes de l'action psychique indirecte.*

L'action psychique indirecte est basée sur quelques principes qu'il faut connaître pour essayer d'atteindre ce double but : tâcher de diminuer et ensuite de supprimer les états psychiques morbides et en même temps faire naître des états psychiques normaux qui remplaceront les premiers.

Premier principe. — On peut faire naître un idée, une sensation, une émotion, un état psychique habituellement involontaire, en faisant réaliser au sujet un acte conforme à cette idée, à cette sensation, à cette émotion.

Tout le monde sait que normalement une idée, une sensation, un état psychique fait naître un acte, s'exprime par une volition et un acte moteur. La règle inverse, quoique moins connue, est aussi vraie.

Dans l'hypnose, si vous donnez au sujet endormi l'attitude de la prière ou de la colère, vous faites naître dans son esprit des idées de prière ou de colère. L'acte provoque l'idée ou la sensation.

Il en est de même en dehors de l'hypnose, et la chose avait frappé les psychologues, comme le prouve ce passage célèbre de Dugald Stewart :

« De même que toute émotion de l'âme produit un effet sensible sur le corps, de même, lorsque nous donnons à notre physionomie une expression forte, accompagnée de gestes analogues, nous ressentons à quelque degré l'émotion correspondante à l'expression artificielle imprimée à nos traits. M. Burke assure avoir souvent éprouvé que la passion de la colère s'allumait en lui à mesure qu'il contrefaisait les signes extérieurs de

cette passion, et je ne doute pas que chez la plupart des individus, la même expérience ne donne les mêmes résultats. On dit, comme l'observe ensuite M. BURKE, que, lorsque CAMPANELLA, célèbre philosophe et grand physionomiste, désirait savoir ce qui se passait dans l'esprit d'une autre personne, il contrefaisait de son mieux son attitude et sa physionomie actuelles, en concentrant en même temps son attention sur ses propres conditions[1]. »

Il est certain que les crises de pleurs et de rires spasmodiques, si bien étudiées chez les hémiplégiques (ordinairement des thalamiques) par BECHTEREW et par BRISSAUD, ont, dans certains cas, une influence positive sur le psychisme de ces malades; ce qui différencie ces états de l'émotivité et de la sensiblerie de ces cérébraux chez lesquels l'impression psychique précède et provoque la crise de pleurs ou de rires[2].

Les mouvements, les attitudes et les actes étant des phénomènes volontaires, voilà bien un premier moyen d'agir volontairement sur nos idées et nos sensations, un moyen de les faire naître.

Voici un second procédé par lequel la volonté peut, par l'action motrice, influer sur une idée ou une sensation déjà existantes.

Deuxième principe. — Quand nous voulons incruster, développer, accentuer, bien fixer, fortifier une idée ou une sensation, nous devons volontairement faire tous les actes qui sont conformes à cet état psychique, qui en dérivent ou qui s'y appliquent. Ainsi nous y ferons attention, nous l'analyserons volontairement, nous le discuterons, nous le raisonnerons, nous en parlerons, nous en écrirons, nous lui conformerons nos actes, nous lui soumettrons le plus possible notre vie volontaire tout entière. « S'affirmer une idée, dit LÉVY, se répéter cette affirmation, c'est, en cumulant ainsi sur elle l'attention, en la maintenant ainsi avec complaisance dans l'esprit, lui donner la vitalité nécessaire pour réapparaître des bas-fonds où elle sommeillait à la pleine lumière de la conscience. Par là, l'assentiment stérile que nous lui accordions se transformera en une croyance ferme et féconde: par là, elle acquerra une telle force d'expansion qu'elle aboutira presque fatalement à sa réalisation effective. ».

C'est ainsi par la « réflexion méditative » sur une idée que, dit PAYOT, nous pouvons « imposer par la force » « l'idée à qui

[1] DUGALD STEWART. *Eléments de la philosophie de l'esprit humain.* Trad. PEISSE, t. III, p. 141. Citat. BINET et FÉRÉ, *loco cit.*, p. 208.

[2] Voir ma Leçon sur ceux qui sont tristes parce qu'ils pleurent et ceux qui pleurent parce qu'ils sont tristes. *Province médicale.* 1905, n° 2,

nous voulons assurer la victoire, de façon à ce qu'elle soit à son tour le point de départ d'une nouvelle direction de la pensée ».

Inversement, si nous voulons affaiblir, diminuer, effacer, faire disparaître une idée ou une sensation, nous devons faire volontairement l'inverse de ce que je viens de dire : c'est-à-dire ne faire aucun acte en rapport avec cet état psychique, n'en jamais parler, n'en jamais écrire, ne pas le discuter, ne lui soumettre aucune phase de notre vie, le dédaigner, n'y attacher aucune importance, nous comporter toujours et partout comme s'il n'existait pas.

En somme, ces deux principes se résument dans cette phrase de PAYOT : « je n'ai de puissance sur ma pensée que parce que je suis maître de mes muscles ».

Par les actes moteurs qui sont volontaires on peut faire naître, accroître ou affaiblir et faire disparaître une idée, une sensation, une émotion, un état psychique qui par lui-même échappe à l'action directe de la volonté.

γ. *Applications de ces principes. Règles de thérapeutique psychique supérieure.*

On voit tout de suite les applications possibles de ces principes au traitement psychique de certains malades.

Le malade a une idée, une sensation, une émotion maladives ; il faut tenter de les faire disparaître. Il y a des cas où il est mauvais d'essayer de le faire directement, de lutter par sa volonté contre ces états psychiques morbides qui s'imposent à lui. Mais on peut essayer indirectement, en dirigeant ses actes moteurs, d'affaiblir et de faire disparaître ces idées et ces sensations morbides, en même temps qu'on s'efforce, par les mêmes procédés, de faire naître et de développer les idées et les sensations physiologiques, antagonistes de celles que l'on veut détruire.

De ces principes découlent des règles de thérapeutique psychique que l'on comprendra par les quelques exemples suivants.

1° Il faut entraîner le malade qui a une idée, une sensation ou une émotion maladives, à ne jamais arrêter volontairement son attention sur cet état psychique que l'on veut faire disparaître.

Il ne devra jamais en parler, jamais en écrire, jamais l'analyser, pas même pour en rendre mieux compte au médecin (qui n'a pas besoin de ces auto observations, dans lesquelles le névrosé se complaît et par lesquelles il aggrave son état).

Le médecin ne doit pas, lui non plus, tomber dans le piège

que lui tend le malade (parfois inconsciemment) ; il ne doit pas discuter avec le malade son trouble psychique : le discuter, même pour le réfuter, est une manière de lui accorder de l'importance et par suite de l'accentuer et de le fortifier dans l'esprit du sujet.

Il faut obtenir, non seulement que le malade renonce matériellement à arrêter son attention sur ses phénomènes morbides, mais encore qu'il le fasse volontiers, sans regrets, avec courage.

Le malade qui veut guérir ne doit pas faire comme ce gourmand « à qui les médecins interdisaient le melon, qui chaque fois provoquait chez lui de graves rechutes ». « Il n'en mange pas, dit SAINT FRANÇOIS DE SALES, parce que le médecin le menace de mort s'il en mange, mais il se tourmente de cette privation, il en parle..., il veut du moins le sentir et estime fort heureux celui qui peut en manger. » Comme dit PAYOT, après cette citation, « il faut en un mot, détester non seulement la maladie, mais le melon qui provoque les rechutes. »

A la base de tout essai de psychothérapie supérieure, il faut non seulement le consentement du malade, mais il faut qu'il ait la ferme volonté et l'ardent désir de guérir, et pour cela de suivre avec joie et sans regrets toutes les prescriptions psychiques qu'on lui fera ; il doit, en d'autres termes, avoir avec foi les yeux fixés sur le but à atteindre et ne pas faire attention à autre chose.

2° Il faut entraîner le malade à ne plus tenir compte de ses idées et de ses sensations morbides pour l'organisation de sa vie et la direction de ses actes.

A l'état normal, nos sensations et nos idées sont les directrices naturelles de nos actes, au moins dans une certaine mesure. La faim règle, sinon l'heure des repas, du moins la quantité des aliments ingérés ; la fatigue limite les promenades et le sommeil fixe l'heure et la durée du séjour au lit.

Avec beaucoup de restrictions, cette formule peut s'appliquer à l'état physiologique. Sans hésitation, elle ne doit plus s'appliquer à l'état pathologique.

Le nerveux qui n'a pas faim, ou qui redoute l'apparition d'une douleur qu'il attribue aux repas, doit s'habituer à manger sans appétit, et parfois en souffrant, ce que son médecin déclare qu'il peut digérer. De même il devra se garder de manger s'il a faim à des heures anormales, qui ne correspondent pas à celles fixées par le médecin pour les repas.

Souvent même le sujet doit être exercé à faire des actes antagonistes de ceux que son instinct le pousserait à faire.

La base de cette partie de la psychothérapie supérieure est

donc la fixation par le médecin d'un règlement de vie très net, très étroit, que le malade devra suivre aveuglément. Pour établir ce règlement, le médecin doit évidemment tenir compte des sensations éprouvées par le malade ; le plus souvent le médecin accepte donc en quelque sorte la collaboration du malade pour établir ce règlement de vie. Mais, une fois les règles posées, le malade abdique tout droit de les modifier, quelles que soient les sensations éprouvées ultérieurement.

Puisque je ne parle ici que de psychothérapie supérieure, il ne s'agit pas d'un règlement de vie imposé, suggéré par le médecin au malade. Le malade doit l'avoir accepté et l'avoir *compris*, ou du moins il doit en admettre la sagesse et l'opportunité. C'est librement qu'il se soumet. Et ainsi il fait acte de volonté ; car il faut beaucoup de volonté et d'énergie pour agir conformément à sa raison représentée par le médecin et contradictoirement à ses sensations provoquées par la maladie.

Il y a des sensations qui embarrassent beaucoup les malades, notamment la sensation de fatigue. Un sujet doit-il s'arrêter quand il se sent fatigué, ou au contraire se raidir contre la fatigue et continuer à agir malgré cette fatigue ?

En tête des bons conseils que le médecin peut donner à ce point de vue je place le suivant : quand vous êtes fatigué *avant* de commencer un acte (ce qui arrive si souvent à certains neurasthéniques et psychasthéniques), ne tenez aucun compte de cette sensation, qui est tout entière faite du souvenir d'une fatigue antérieure et de l'appréhension de la voir se renouveler et qui, d'ailleurs, s'atténuera et disparaîtra si vous commencez courageusement et continuez résolument l'acte que vous pensiez impossible. Quand, au contraire, vous faites un acte depuis quelque temps, si vous sentez naître une sensation de fatigue vraie qui croît avec la continuation de l'acte, vous avez le droit de tenir compte de cette sensation *après* l'acte et de vous arrêter.

Dans la fixation de ces règlements de vie le médecin doit toujours éviter les formules vagues comme « distraction » ou « repos intellectuel. »

Ne se distrait pas et ne se repose pas qui veut. Certains névrosés avec la meilleure volonté du monde d'obéir à leur médecin, ne se laisseront pas distraire de leur idée morbide par les spectacles les plus captivants et ne parviendront pas à arrêter le travail involontaire de leur cerveau sur une anxiété morbide.

Le médecin doit indiquer au malade comment il doit se distraire et se reposer : c'est toujours *en s'occupant*. On n'immobilise pas le fonctionnement cérébral ; on ne supprime pas la pensée. On ne peut que la dériver sur un sujet tout différent de celui qui préoccupe habituellement le malade.

La musique et l'histoire peuvent être la cause de la maladie de l'un et le remède de l'autre, selon que le malade sera habituellement un historien ou un musicien.

Le surmenage est presque toujours le résultat d'une tension trop univoque et monocorde de l'esprit. Dans toutes les professions il faut savoir se libérer un certain nombre d'heures pour des occupations à côté, qui élargissent la culture, tout en ménageant les forces de l'écorce cérébrale.

3° Comme l'entière psychothérapie supérieure est absolument basée sur la personnalité même du sujet et sa volonté intelligente, si on veut obtenir des résultats, il faut bien montrer au malade l'importance du but à atteindre.

Il faut lui donner le désir et l'ambition de guérir et, pour cela, lui montrer le but que la vie a encore pour lui, la mission qu'il a encore à remplir dans ce monde.

Un nerveux qui ne comprend pas la vie, qui n'admet pas que la vie vaille la peine de vivre, qui s'endort le soir sans vouloir penser au lendemain, avec la seule satisfaction d'avoir un jour de moins à vivre... ce nerveux ne guérira jamais.

Le médecin doit réveiller et développer chez son malade les idées de devoir, de sacrifice, de sociabilité... Toutes ces grandes pensées doivent remplacer les idées morbides.

Il faut défendre au malade de se confiner dans la rumination stérile d'un passé sur lequel personne ne peut plus rien. Quelles que soient les injustices, apparentes ou réelles, des diverses destinées, chacun a toujours, pour le lendemain de sa vie, un rôle modeste ou élevé à remplir dans l'intérêt de ses semblables et de l'humanité.

Il faut, en d'autres termes, sortir le malade de lui-même et le tourner de plus en plus vers l'altruisme, en lui montrant que la raison est là et uniquement là.

L'homme bien portant est un animal altruiste. L'égoïsme et l'égocentrisme sont liés à la maladie ; ce sont des causes et des symptômes de maladie[1]. Tant qu'on reste égoïste, on n'est pas guéri et on ne peut pas guérir.

Donc, développez chez le malade la confiance en soi (qui n'est pas l'égoïsme) ; démontrez-lui qu'il n'est pas *fini* dans le monde ; aidez-le à préciser ce but, cet idéal qu'il va poursuivre, et prouvez-lui qu'il a la force voulue pour l'atteindre.

Pour cela, que le malade s'habitue à regarder parmi les contemporains ceux qui sont plus déshérités et plus malheureux

[1] Henry Bordeaux ayant eu l'obligeance de citer cette phrase dans une enquête sur l'influence de l'égoïsme sur la longévité, le *Figaro* a, avec autant d'esprit que de raison, répliqué que, dans ce cas, grand est, dans ce monde, le nombre des incurables.

que lui, qu'il voie tout le bien à faire, sans jamais envier les aptitudes et les destinées d'autrui.

4° Pour appliquer ces divers procédés psychothérapiques, il faut surveiller tout particulièrement le *milieu* dans lequel est le malade.

Le milieu a en effet sur les névroses une grande influence.

Les parents qui entourent les nerveux sont souvent eux-mêmes des nerveux. Même quand ils ne le sont pas ou croient ne pas l'être, ils constituent pour la névrose plutôt un bouillon de culture qu'un terrain de lutte. Ils ont trop d'affection et pas assez de fermeté pour faciliter, souvent même pour permettre, cette cure psychothérapique qui est souvent très dure.

Le milieu social ordinaire du malade renferme, le plus souvent, des éléments qui ont causé ou qui entretiennent la névrose.

De plus, pour mener à bonne fin une cure de ce genre, il faut un médecin très assidu, qui ait le temps d'entreprendre et de suivre la cure, de s'y intéresser et de la mener à bonne fin. Je ne parle pas de la compétence et de l'éducation spéciales; mais le temps matériel manque au médecin ordinaire pour faire utilement de la psychothérapie.

De tout cela découle la légitimité de la prescription, si souvent faite, de l'*isolement* du malade et de son traitement dans un établissement spécial de *neurothérapie*.

DÉJERINE et ses élèves ont montré tout le parti qu'on peut tirer de l'application de ces principes au traitement hospitalier des névrosés.

Il me semble que ce trop long exposé apporte une preuve de plus de l'utilité de la distinction entre les psychismes, supérieur et inférieur. Cette distinction n'apparaît pas comme une subtilité *théorique* de psychophysiologie. C'est une question vitale de thérapeutique *pratique*.

Un dernier exemple me permettra de souligner encore en terminant la différence qu'il y a entre les deux psychothérapies, les indications et les contreindications respectives de ces deux thérapeutiques, en les montrant, à côté et en face l'une de l'autre, dans la lutte contre un de nos plus grands fléaux sociaux, l'alcoolisme et la toxicomanie[1].

Divers auteurs (LLOYD TUKEY, TOKARSKY, ARY DE JONG, STADELMANN, BÉRILLON) demandent à l'hypnotisme la guéri-

[1] JOFFROY a changé le sens du mot quand il appelle *psychothérapique* le traitement de la morphinomanie *à l'insu* du sujet (voir la thèse de KRUYT, Paris, 1905, n° 486).

son de l'impulsion qui porte le sujet à boire (dipsomanie) ou à s'empoisonner (morphinomanie, etc.). On obtient en effet de bons résultats dans un certain nombre de cas.

Mais il faut bien comprendre le mécanisme de ces succès psychothérapiques.

Il ne faut pas croire que, par la suggestion, on fasse la « rééducation systématique de la volonté » (BÉRILLON) de l'ivrogne ou qu'on augmente sa « faculté de vouloir » (LLOYD TUKEY). On peut tout au plus, par ce procédé, agir indirectement sur la volonté du malade en la libérant, en supprimant une mauvaise habitude polygonale qui fait échec à cette volonté. Mais il faut, pour le succès, que le sujet ait conservé une volonté saine et forte qui agit dès qu'elle n'est plus combattue par l'impulsion automatique mauvaise.

Mais si (comme cela arrive le plus souvent) l'alcoolique est un faible, à psychisme supérieur sans résistance ni énergie, si on veut chercher à accroître la force de sa volonté et de son moi raisonnable devant les tentations du poison, il faut se garder de désagréger les deux ordres de psychisme par l'hypnose, il faut s'adresser à l'entier psychisme du sujet et amener par des raisonnements, par des conseils moraux et hygiéniques, son centre O à reprendre la direction des actes, à résister aux insinuations du polygone.

Donc, quand on emploie l'hypnotisme dans certains cas d'alcoolisme, de morphinomanie, de dipsomanie, de toxicomanie, ce n'est pas pour exalter la volonté du sujet, mais pour supprimer le trouble polygonal morbide qui empêche sa volonté de s'exercer régulièrement. Dans tous les autres cas, quand il y a indication à fortifier la volonté, à accroître l'influence des centres psychiques supérieurs, c'est à la psychothérapie supérieure et non à la suggestion qu'il faut s'adresser.

Car (ceci résume et justifie ce chapitre) si les deux psychothérapies ont, l'une et l'autre, une action curative psychique, elles diffèrent l'une de l'autre en ce que la supérieure fortifie, et l'inférieure affaiblit l'unité et la force du moi supérieur, conscient et libre.

LETTRE DE RUSSIE

DEUX ASILES DE SAINT-PÉTERSBOURG

Par E. PERPÈRE

(Médecin adjoint des Asiles)

A défaut d'une enquête plus étendue — et dont la relation sortirait singulièrement du cadre d'une simple lettre — sur la façon dont la Russie actuelle comprend et met en pratique l'assistance de ses aliénés, une visite aux principaux établissements que Saint-Pétersbourg consacre au traitement des maladies mentales ne laisse pas d'être, à divers points de vue, instructive. Aussi bien fournit-elle une nouvelle occasion de saisir au vif le coudoiement – qui, en l'espèce, ne va pas jusqu'au heurt — du culte de la tradition et de l'esprit de progrès, deux tendances parallèles et de sens contraire dont l'extraordinaire netteté se retrouve dans toutes les manifestations, individuelles ou sociales, de la vie russe.

Parmi ces établissements, deux méritent une attention particulière : l'un, l'Hôpital Saint-Nicolas, pour son ancienneté, pour le grand nombre des malades qu'il abrite, et surtout parce qu'il est un lieu de passage, sinon de séjour, pour la plupart des aliénés nouvellement internés; l'autre, la Clinique des maladies nerveuses et mentales, parce qu'elle est le siège de l'enseignement officiel.

Presque entièrement encadré par la Grande Néva et par deux de ces nombreux canaux que Pierre Ier creusa pour assécher sa capitale, c'est-à-dire dans un des quartiers les plus humides de la ville la plus humide du monde, l'Hôpital Saint-Nicolas porte bien, dès l'abord, la marque de ce style couvent-prison-caserne qui, naguère et dans tous les pays, était la caractéristique des habitations collectives. C'est l'architecture « en hauteur » superposant inévitablement les divers services, architecture qui n'est pas sans inconvénients lorsqu'il s'agit d'hôpitaux ordinaires, mais qui constitue un écueil de premier ordre lorsqu'elle est destinée à des aliénés rangés par catégories qui ne sauraient être confondues.

Il en résulte une segmentation artificielle et insuffisante et l'impossibilité d'assurer, d'une façon efficace, les groupements nécessaires. C'est un état incurable pour un asile, si l'on n'a pas l'héroïsme de tout reconstruire.

Les malades calmes nous ont paru jouir de la maigre félicité qu'ils connaissent dans tous les asiles, avec leurs occupations anodines autour du piano (côté des dames) ou du billard anglais (côté des hommes). Le sort des « agités » nous intéressait davantage, d'abord parce que le traitement de ces malades constitue partout une terrible pierre d'achoppement, ensuite parce qu'ils sont ici nombreux et dans toute leur « fraîcheur » : la plupart des

aliénés destinés à l'internement sont en effet conduits à Saint-Nicolas directement et de tous les points de la ville par les autorités policières, cet hôpital représentant ainsi notre Infirmerie Spéciale et notre service d'Admission réunis.

Parmi ces « entrants » — 8 à 10 chaque jour, en moyenne — les délirants alcooliques ne sont point rares ; mais il est curieux de constater que leur nombre ne paraît nullement en rapport avec l'effroyable consommation d'alcool qui se fait à Pétersbourg, comme du reste dans toute la Russie. A ce sujet, le médecin en chef des Usines Baltiques, d'ailleurs psychiatre distingué, nous disait, en arrondissant les chiffres, que sur une population de 10.000 ouvriers qu'occupent ces usines, 1.000 au moins étaient manifestement alcooliques, et que cependant, en l'espace de cinq années, il n'avait eu à provoquer l'internement que d'une soixantaine de ces derniers. Cette proportion semblerait très faible, en particulier pour une race aussi remarquablement prédisposée aux psycho-névroses que l'est la race slave, si l'on ne tenait compte, d'abord du climat, qui autorise, plus que partout ailleurs, à considérer l'alcool, pris à certaine dose, comme un aliment complètement utilisé, ensuite de la nature des boissons alcooliques ingérées. Or, après le kvass, innocent breuvage fait de pain de seigle et de malt, le russe boit communément et surtout de la vodka, eau-de-vie vulgaire et leit-motiw national de toutes les tables et de tous les buffets. Cette vodka est la grande coupable, mais elle est à peu près la seule, car s'il se consomme parfois du vin ou de la bière légère dans les villes, en revanche les grands toxiques occidentaux (absinthe et apéritifs variés), sont partout complètement inconnus. Là peut-être est la cause principale de la fréquence des lésions viscérales alcooliques, touchant les reins, le foie, le cœur, et de la rareté relative des déterminations encéphaliques chez les buveurs russes. Ce serait une question et d'affinité toxique et d'équivalence pathologique.

Pour en revenir à nos agités de Saint-Nicolas, alcooliques ou non, l'action médicale tâche surtout à les empêcher de nuire : c'est de la thérapeutique prophylatique vis-à-vis des autres malades. L'isolement cellulaire, l'emploi fréquent de la traditionnelle camisole satisfont à cette indication primordiale. Pas d'alitement, pas de balnéation prolongée : aussi bien l'installation des salles de bains est à ce point défectueuse et insuffisante qu'elle ne saurait permettre une hydrothérapeutique sérieuse, telle qu'on la comprend aujourd'hui. Et pourtant Saint-Nicolas possède un brillant état-major médical, ainsi qu'un cadre de surveillantes et de surveillants jeunes, intelligents et instruits — laïques par surcroît, ce qui est digne de remarque. Mais le personnel infirmier est tellement insuffisant, eu égard aux 1.200 ou 1.300 malades en moyenne internés, qu'il ne faut point s'étonner de la qualité des moyens mis en œuvre contre l'agitation. Il y a là un problème budgétaire qu'hélas ! bien des asiles connaissent. On sent que l'effort administratif, en ce qui concerne l'assistance des aliénés, s'exerce ailleurs.

Notons en passant qu'une section de l'Hôpital Saint-Nicolas,

placée sous la surveillance directe de la police, est affectée aux délinquants ou criminels aliénés.

Les malades admis sont, ou maintenus dans cet hôpital, ou répartis dans plusieurs autres établissements, tous suburbains. Ce sont : l'hôpital Alexandre Alexandrowitch, qui reçoit surtout des malades payants, l'hôpital Saint-Panteleimon, voisin du précédent, l'«Hôpital-Colonie de la ville pour les aliénés », et l'« Hôpital de tous les affligés », l'un et l'autre situés sur la route de Péterhof, au bord du golfe de Finlande. Dans ce dernier établissement, dont le nom populaire de « Maison de la onzième verste » est aussi connu à Pétersbourg que celui de Charenton en France, les malades valides sont employés à des travaux de culture. L'Hôpital clinique peut aussi recevoir quelques-uns de ces malades, mais il jouit à tous égard d'un régime de faveur, et c'est de lui que nous voulons maintenant parler.

Cet établissement, annexe et voisin de l'Académie Militaire de Médecine, et dirigé avec l'autorité que l'on sait par le Professeur Bechterew, est consacré au traitement et à l'enseignement à la fois des maladies nerveuses et mentales. L'union de ces deux ordres d'affections, que seule a pu séparer jusqu'à ce jour la complicité du dogmatisme et de la tradition administrative, et que d'ailleurs symbolisent si bien nos congrès français annuels, trouve ici sa réalisation tangible et efficace.

Les malades, en nombre relativement restreint, sont répartis en trois services, deux pour les maladies mentales (hommes et femmes) et un pour les maladies nerveuses. Chacun d'eux est confié aux soins d'un médecin-chef, aidé d'un certain nombre d'assistants chargés du service de garde. Ces assistants, recrutés (comme du reste pour tous les hôpitaux de Pétersbourg) parmi les étudiants ayant obtenu les premières places dans les concours de fin d'études, ne sont point logés dans l'établissement, au rebours des médecins-chefs ; ils forment par conséquent un corps très peu comparable à l'Internat français. Ajoutons que quelques médecins militaires spécialisés renforcent encore le personnel médical de la clinique. Quant aux surveillants et infirmiers, acceptés seulement après examen, ils sont ici en nombre suffisant. Dans chacun des deux services d'aliénés, les malades sont rangés en six catégories, suivant la surveillance particulière et les soins qu'ils exigent; à chaque « quartier » correspond un corps de bâtiment spécial et une cours spacieuse.

L'agitation est traitée, à la Clinique, suivant les idées actuelles, par l'alitement, aidé ou non d'une discrète thérapeutique médicamenteuse. Les moyens de contention mécanique ne sont jamais mis en œuvre, et ce n'est que dans des cas très exceptionnels que l'on a recours à l'isolement cellulaire. Quant à l'hydrothérapeutique, elle est largement pratiquée, conjointement à l'alitement, comme traitement de l'agitation, et cela soit sous forme de bains prolongés (suivant la formule française, c'est-à-dire sans excès), soit aussi sous forme d'enveloppements humides qui donnent, paraît-il, d'excellents résultats.

Les installations hydrothérapiques répondent d'ailleurs, à toutes les exigences. Notons qu'à certaines baignoires sont annexés des appareils d'un maniement facile permettant de glisser sans secousse dans le bain les sujets impotents.

Dans toutes les sections les malades sont couchés par petits groupes ; ils ignorent ainsi la promiscuité de ces grands dortoirs que d'insuffisants moyens de surveillance peuvent seuls excuser. Partout de doubles fenêtres à vitres épaisses constituent à la fois une utile garantie pour les malades et un précieux moyen de défense contre les rigueurs du climat, nonobstant l'aventure arrivée à l'un des membres du personnel médical, lequel voulant montrer au général Kouropatkine, alors ministre de la guerre, la résistance des carreaux dits « de sûreté », traversa d'un poing vigoureux les deux fenêtres protectrices : ce n'était qu'une « malfaçon » accidentelle. Signalons enfin que le chauffage se fait à la vapeur, et que les appareils conducteurs permettent d'obtenir, dans chaque section, l'ébullition d'eau en quelques minutes, supprimant ainsi les inconvénients du classique et dangereux fourneau à gaz.

Une visite à la division des malades dits nerveux permet de faire connaissance avec un bataillon de tabétiques et de paraplégiques occupés à s'exercer entre deux longues barres parallèles analogues à celles des gymnastes, cependant que l'un d'entre eux circule allègrement à l'intérieur d'un souple et élégant quadricycle, inspiré de ces grossiers cadres à roulettes qui jadis aidaient les enfants à faire leurs premiers pas. Mais tout de suite une série de salles voisines attirent et retiennent l'attention. Là se trouvent de luxueuses et très complètes installations électriques, comprenant le matériel nécessaire au radiodiagnostic et à la radiothérapie. Plus loin, une collection d'appareils mécanothérapiques répondant aux indications les plus variées. Plus loin encore, une salle, spécialement aménagée dans ce but, est destinée au traitement photothérapique des psychonévroses : c'est une chambre qu'éclaire une large baie vitrée, laquelle peut être masquée par une série de panneaux transparents jaune, rouge violet, bleu ou vert ; ces panneaux se manœuvrent de l'extérieur de la pièce et le plus aisément du monde. A la vérité, la lumière froide colorée s'étant montrée, le plus souvent, modeste dans ses succès, ce moyen thérapeutique n'est utilisé qu'avec une fréquence modérée. Signalons, dans le même ordre d'idées, d'autres appareils permettant les diverses applications de la chaleur radiante lumineuse.

Le même luxe a présidé à l'organisation des nombreux laboratoires qui entourent l'amphithéâtre des cours : laboratoire de psychologie expérimentale, laboratoire de physiologie comprenant une salle d'opération aseptique, laboratoire de chimie, laboratoire d'anatomie pathologique et d'histologie muni des appareils nécessaires à la pratique des grandes coupes encéphaliques. La présence d'une chapelle au centre même de ce foyer d'études représente une concession attendue au respect de la couleur locale. Enfin une bibliothèque, riche de publications en toutes langues concernant la spécialité, avoisine les laboratoires.

Quelques mots encore d'un service spécial, d'installation récente et qui complète très heureusement cet ensemble : c'est le service neuro-chirurgical, création originale, en ce sens qu'il fait partie intégrante de la clinique elle-même et qu'il est placé sous la direction d'un chirurgien-neurologiste, le Dr Poussep. Depuis longtemps le professeur Bechterew, frappé des difficultés rencontrées à propos ou au cours de certaines interventions sur le système nerveux, pensait qu'une double spécialisation était souhaitable pour la pratique de cette chirurgie si particulière. C'est cette idée qu'il a mise en pratique en installant dans la Clinique même un service très complet permettant toutes les interventions de la chirurgie nerveuse et « paranerveuse », peut-on dire, si l'on songe qu'une grande partie de l'orthopédie qui en constitue une dépendance naturelle, a ici également sa place marquée.

Nous ne terminerons pas cette mauvaise description d'un bon hôpital sans constater que d'intelligentes distractions ont été ménagées aux malades — et ceci est encore d'excellente thérapeutique. Un vaste jardin d'hiver donne, en effet, la possibilité d'organiser, pendant la « saison », des concerts où les principaux artistes des théâtres impériaux ne dédaignent pas de se venir faire applaudir.

Nous aurions encore bien des observations utiles à glaner dans le champ de nos souvenirs, mais il faut savoir se borner, et ce sera bien nous résumer que de constater combien sont nombreux les enseignements de toutes sortes offerts par cet hôpital clinique — modèle à bien des points de vue. Il est seulement à regretter que les circonstances actuelles ne permettent guère à la jeunesse studieuse de les mettre à profit. Depuis un an les Universités russes ont vu clore leurs portes ; les amphithéâtres sont muets, les laboratoires déserts et les hôpitaux ne connaissent plus l'ardeur des néophytes avides de savoir.

Cette interruption des études est certainement fâcheuse au point de vue de l'instruction médicale, et peut-être aussi à quelques autres.

OBSERVATIONS

DIABÈTE ET TROUBLES MENTAUX

Par G. Bosc

(Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Médecin de l'hôpital de la Roche-Guyon)

Dans un récent article paru dans la Gazette des Hôpitaux [1], MM. Marchand et Olivier groupent de la façon suivante les troubles mentaux qui surviennent chez les diabétiques :

[1] L. Marchand et M. Olivier, Diabète et troubles mentaux, Gaz des Hop. 6 sept. 1906.

1° Le diabète est d'origine nerveuse ; il est symptômatique de la maladie cérébrale cause elle-même des troubles mentaux.

2° Le diabète est la cause de l'aliénation mentale.

3° Diabète et aliénation mentale sont sous l'influence du même trouble général de nutrition et sont simplement concomitants.

4° Il y a alternance entre le diabète et les troubles mentaux.

5° L'aliénation mentale survient chez un diabétiqne sans qu'il y ait aucun rapport entre les deux maladies.

Je viens d'observer un cas où la glycosurie et les troubles mentaux ont suivi une marche si parallèle que je pense que ce cas peut rentrer dans le deuxième des groupes établis par MM. Marchand et Olivier. Voici cette observation.

Observation. — Mme B. épicière âgée de 60 ans, toujours bien portante, me consulte au mois de mai dernier pour les troubles suivants qu'elle présente depuis quelques temps : elle a une névralgie faciale légère, mais assez tenace, — elle a maigri de quelques livres en plusieurs mois, — elle se sent triste, fatiguée, sans courage, etc... L'analyse de ses urines décèle 64 grammes de sucre par litre ; elle urine environ 2 litres 1/2 par 24 heures.

Soumise au régime alimentaire habituel, avec bicarbonate, soude et opium comme remèdes, elle a au bout de 3 semaines environ une amélioration qui se traduit par la disparition de la névralgie faciale et un sentiment de bien-être général. La quantité de sucre est tombée à 23 grammes par litre.

Mais en même temps se sont développés quelques troubles mentaux : elle a été toujours fort intelligente, et de l'avis des personnes qui la connaissent depuis longtemps elle possédait même une instruction générale très au-dessus de sa condition. — Or, elle commence depuis quelques jours à perdre la mémoire des événements récents ; elle ne se rappelle plus ce qu'elle a commandé au boucher, où elle à mis son ouvrage, etc ; elle devient soupçonneuse, méfiante, condamne sa porte à certaines personnes. Ces troubles allèrent en augmentant et au bout d'un mois 1/2 environ étaient constitués par un ensemble de phénomènes, qui pouvaient se rattacher à de la confusion mentale : elle mêle les noms et les histoires de gens qu'elle connait, les alliances de famille — elle raconte des faits qui se sont passés en d'autres pays, en les attribuant à des personnes de la localité. La guerre de 70 en particulier a le don d'éveiller et de confondre ses souvenirs, elle attribue des actes d'héroïsme à des personnes qui n'ont habité le pays que plus tard.

La malade présente en outre les idées délirantes polymorphes suivantes :

Modeste d'habitude, la malade s'attribue des hauts faits ; elle a tenu tête à un commandant prussien, a caché des fusils, etc. A côté de ces idées de grandeur, elle a des idées de persécution et des idées mélancoliques.

Elle a des ennemis, on l'accuse d'avoir maltraité son mari (qui est souffrant et qu'elle soigne en réalité avec beaucoup de dévouement).

Ses meilleurs amis lui deviennent suspects, on l'espionne, on veut la faire enfermer. M'étant occupé de la faire entrer avec son mari dans un asile de vieillards — où elle m'avait souvent exprimé le désir de se retirer — elle m'accuse de vouloir la sequestrer, m'écrit des lettres furieuses, ou suppliantes, etc... etc...

Cet état d'esprit persiste trois mois environ, sans grande amélioration ; elle suivit régulièrement son régime anti-diabétique et le sucre diminua progressivement.

Puis, assez brusquement, ces troubles mentaux diminuèrent et finirent même par disparaître.

Aujourd'hui son intelligence est complètement revenue. Elle a conscience d'avoir eu la tête troublée pendant quelque temps, elle en a fait ses excuses aux personnes de son entourage qu'elle avait maltraitées, et elle a repris sa vie normale.

Le sucre a complètement disparu de son urine.

Jamais auparavant, elle n'avait présenté des troubles mentaux, pas d'alcoolisme ; elle a toujours joui avant l'apparition de sa glycosurie d'une santé excellente.

OBSERVATION D'UN CAS DE DÉBILITÉ MENTALE

AVEC IMPULSIONS ET IRRITABILITÉ : A L'AUTOPSIE, SARCOME ANGIOLITIQUE DU LOBE FRONTAL GAUCHE [1]

Par Henri Damaye
(*Médecin-adjoint des asiles*)

La malade qui fait le sujet de cette observation était une jeune fille de dix-sept ans, Marguerite V... ; elle fut internée à l'asile de Villejuif dans le service de M. Toulouse le 15 octobre 1904. Son hérédité est assez chargée : le père, buveur et faible d'esprit, serait mort tuberculeux à 48 ans ; la mère, âgée de 47 ans, d'intelligence normale, est atteinte, elle aussi, de tuberculose pulmonaire à la période de cachexie. Les deux oncles paternels étaient tuberculeux et buveurs, l'un d'entre eux était en outre faible d'esprit ; de plus, une sœur serait morte à quatre ans de « méningite ». Le grand père paternel était, nous dit-on. « peu intelligent » et la grand-mère est morte paralysée à 73 ans. Une tante maternelle est nerveuse et d'un caractère méchant. »

Quant aux frères de la malade, deux sont morts : l'un à six mois de diarrhée avec convulsions, l'autre à deux ans de « méningite ». Un troisième, vivant, âgé de 21 ans, est débile intellectuel et moral.

Le père et la mère n'étaient pas consanguins et se trouvaient en bonne santé au moment de la conception de notre malade ; mais vers le quatrième mois de sa grossesse, la mère eut la variole. L'accouchement fut normal et l'enfant fut nourrie au sein par sa mère jusqu'à l'âge de seize mois.

A huit mois, Marguerite V... eut des convulsions et à un an,

1 Voir *Bulletin de la Soc. Anatomique*, Mai 1905.

elle fut atteinte d'ophtalmie purulente. Elle commença à parler et à marcher à dix-huit mois. Bien qu'ayant fréquenté l'école pendant près de dix ans, notre malade n'y apprit pas grand'chose et s'instruisait difficilement. Son caractère était irrégulier : tantôt ouverte, tantôt sournoise, elle fut néanmoins toujours jalouse, violente et entêtée; et dans les maisons où elle travailla, on la congédia au bout de peu de temps.

Elle essaya successivement les professions de modiste, blanchisseuse et cartonnière et ne cessa cette dernière qu'un mois avant son entrée à l'Asile.

Son sommeil n'était pas souvent accompagné de rêves : Il persistait huit à neuf heures environ. Cette malade ne semble pas avoir été en butte au surmenage.

Les renseignements obtenus à son sujet montrent qu'elle a toujours présenté des troubles mentaux, mais que ces derniers se sont beaucoup accentués depuis un an environ. Ses réparties grossières, ses actes violents lui valaient d'être congédiée rapidement des maisons de travail où on la plaçait, mais l'année dernière son caractère devint acariâtre et irascible à l'excès. Elle fut toujours négligente des soins de propreté, bavarde et quelque peu incohérente dans son discours : toutes ces anomalies s'accrurent énormément en l'espace d'une année. La malade n'avait jamais été émotive ; bien au contraire elle était indifférente aux divers événements de l'existence.

Depuis un an, la famille de cette jeune fille constatait que son intelligence diminuait en même temps que sa vue s'affaiblissait, elle aussi, de plus en plus. Les troubles de la vue avaient commencé dès l'âge de quatorze ans, à l'occasion d'une seconde poussée d'ophtalmie purulente.

Lors de son entrée dans le service, Marguerite V... nous avoue toutes ces défectuosités mentales. Elle ne se plait « que dans le potain » nous dit-elle en riant. Chez sa mère, l'envie la prenait subitement de casser quelque chose et elle brisait alors soit de la vaisselle, soit tout autre objet à sa portée. Après avoir satisfait l'impulsion, elle regrettait l'acte commis et se mettait à pleurer. Ces actes impulsifs, dont l'accomplissement lui procurait un réel soulagement, apparurent à l'âge de quatorze ans et étaient alors très fréquents; en ces derniers temps, ils ne s'imposaient plus que tous les huit jours à peu près.

Pendant que nous l'interrogeons, la malade éprouve le besoin de tapoter son oreiller, mais elle n'ose céder à cette inclination parce qu'elle est en notre présence.

Il lui semble, nous dit-elle, que tout le monde lui en veut et la calomnie. Elle ne pouvait aimer son frère, continue-t-elle, parce qu'il ne travaillait pas.

Marguerite V... n'a jamais eu de crises nerveuses.

Elle raconte que son métier de cartonnière lui rapportait 1 fr. 25 par jour. Elle reconnaît que sa mémoire n'est pas bonne et ce n'est qu'après dix minutes environ de réflexion, que le nom de l'Asile lui revient à l'esprit.

L'état de sa vision ne permet guère de bien juger sa capacité en lecture et en écriture ; elle paraît savoir assez bien lire, mais écrit mal et avec de nombreuses fautes d'orthographe.

Voici les résultats de quelques calculs mentaux que nous lui avons proposés.

$8 + 4 = 12$ $16 + 16 = 32$ $4 \times 6 = 24$ $5 \times 9 - 45$
$12 + 8 = 20$ $12 + 10 = 22$ $6 \times 8 = 54$ $7 \times 6 = 42$.

Sa physionomie est inexpressive, son regard incertain par la faiblesse de la vision. Sa taille est à peu près celle d'une jeune fille de son âge. Le crâne est un peu volumineux ; à part cela, on ne constate aucun autre stigmate physique de dégénérescence.

Pas de tremblement ni de déviation de la langue.

Un peu d'instabilité de la main et des doigts lorsque la malade les étend.

Il y a une hémiparésie faciale droite, sans participation du facial supérieur, mais on ne constate pas d'hémiplégie pour le reste du corps : la marche s'effectue normalement et la malade n'accuse aucune gêne dans les mouvements. Lors de la course, on remarque cependant une légère maladresse, mais ne faut-il pas l'attribuer quelque peu à la défectuosité de la vue ?

Les deux pupilles sont très dilatées mais égales: leur réaction à la lumière est paresseuse. Il existe un léger exorbitisme des globes oculaires ; pas de nystagmus. La vue parait assez faible : la malade dit voir assez bien de l'œil droit, mais pas du tout de l'œil gauche.

Reflexe buccal exagéré. Reflexes tendineux des membres supérieurs perceptibles et sensiblement égaux des deux côtés, Reflexe patellaire fort et égal à droite et à gauche. Pas de clonus des pieds ni des rotules. Reflexe plantaire en flexion prononcée des deux côtés avec rétraction du pied.

Pas de reflexes idio-musculaires. Dermographisme cutané normal.

La pression des zônes ovariennes est douloureuse des deux côtés. Pas de troubles des sensibilités cutanée et muqueuse,

Corps thyroïde normal, Rien au cœur ni aux poumons. 100 pulsations par minute au moment de cet examen. La température, prise, pendant quatre jours ne décelait rien d'anormal : elle chevauchait aux environs de 37°.

Cette malade ne présenta pas grande particularité durant son séjour à Villejuif. Dans le quartier où elle fut placée, elle travaillait un peu au ménage, mais se montrait fréquemment entêtée et grossière vis-à-vis des infirmières et de ses compagnes. De temps à autre, elle était prise d'impulsions qui la poussaient à frapper les autres malades.

Disons immédiatement que ses urines ne continrent jamais d'albumine ni de sucre. Les règles ne se sont montrées que deux fois dans toute son existence : le 3 janvier 1904 et le 5 février de la même année. Dans les derniers jours de février 1905, Marguerite V... commença à se plaindre d'une faiblesse générale et s'asseyait fréquemment pour se reposer, en même temps, l'appétit dimi-

nuait considérablement. Le 1er mars, elle dut s'aliter et cela fut définitif. En l'espace de quelques jours, l'état général s'aggrava considérablement : la malade ne parlait plus et ne répondait pas à ce qu'on lui demandait, Son facies devenait terne et on ne pouvait lui faire avaler que du lait pour toute nourriture. Elle entra ainsi peu à peu dans une sorte de coma : immobile dans son lit, insensible à toute excitation, elle était plongée dans un état somnolent, les globes oculaires tournés en haut et les paupières demi-closes. L'alimentation devenait très insuffisante et la cachexie augmentait rapidement. Le 25 mars, après trois semaines d'alitement, cette malade mourait à 5 heures 1/2 du soir.

Depuis son entrée dans le service, elle avait augmenté de deux kilogs, jusqu'au jour où elle fut contrainte de s'aliter.

La température, prise dès le 1er mars, oscilla entre 37 et 38° jusqu'aux cinq derniers jours ; à cette époque, les oscillations se firent entre 38 et 39° et les deux derniers jours la courbe thermique s'éleva progressivement pour atteindre au moment de la mort 42°7.

Il n'y eut chez cette malade ni vomissements, ni convulsions, ni phénomènes paralytiques. Elle ne se plaignit jamais de céphalée. L'autopsie fut pratiquée le 27 mars à neuf heures du matin.

Aux deux poumons, quelques adhérences pleurales, mais pas de tuberculose ni de lésions appréciables. Pas de ganglions du médiastin.

Le foie présente des endroits atteints de dégénérescence graisseuse. La rate a son volume normal.

Les deux reins se décortiquent facilement mais leur substance corticale est notablement réduite en plusieurs points. Le parenchyme a l'aspect graisseux.

Intestin rempli de boules fécales dures.

Système nerveux. — Crâne très mince, presque transparent, très fragile.

Peu de liquide céphalo-rachidien.

En extrayant le cerveau, on eut dit que le lobe temporal gauche adhérait très fortement à la dure-mère de la base. Mais, en examinant ensuite l'encéphale hors de la boîte crânienne, on s'aperçoit que la portion qui présentait de telles adhérences avec les méninges n'est pas le lobe temporal, mais bien une tumeur qui a refoulé ce lobe en arrière et a contracté avec lui des adhérences. Cette tumeur est irrégulièrement ovoïde, bosselée, de couleur gris-rose qui tranche avec la teinte plus pâle des circonvolutions ; elle est un peu dure au palper et à la section par le scalpel. Elle est entourée d'une mince capsule qui adhérait aux parties voisines ; son poids est de 165 grammes.

L'hémisphère gauche s'est trouvé comprimé par le néoplasme, mais obliquement, c'est à-dire à la fois de dehors en dedans et de bas en haut. En effet, ce refoulement a donné lieu à une cavité assez mal circonscrite, sauf en haut et en avant où ses bords sont presque à pic. Cette cavité occupe le tiers inférieur de la moitié antérieure de la face externe de l'hémisphère ainsi qu'une grande

partie de la région orbitaire du lobe frontal. Son bord supérieur est formé par le pied et le cap de la troisième circonvolution frontale et par la racine inférieure de la deuxième frontale. Le bord antérieur est constitué par la portion orbitaire des deuxième et troisième circonvolutions frontales. En bas, nous trouvons la portion orbitaire de la deuxième frontale et le lobe temporal. En arrière, la cavité est limitée par le lobe temporal repoussé en arrière et en haut. Le fond de la cavité se montre formé, d'avant en arrière, par la portion orbitaire de la troisième frontale et l'insula, avec son réseau vasculaire. La région antérieure de la cavité est à peu près lisse, tassée, aplatie ; la région postérieure est plus ou moins dilacérée par la rupture des adhérences au moment de l'extraction du cerveau.

Du fait de cette compression et du sens dans lequel elle s'est exercée, le corps strié a été refoulé en dedans vers son homologue du côté droit, de sorte qu'on a de la peine à séparer les deux hémisphères sans sectionner les noyaux gris de la base. Les deux ventricules latéraux, mais surtout le gauche, sont aplatis dans le sens de la largeur. Le cerveau se décortique bien, sauf au voisinage de la cavité où la pie-mère est adhérente en certains endroits.

L'hémisphère droit pèse 635 grammes, le gauche (sans la tumeur) 735 grammes ; cervelet, bulbe et protubérance, ensemble 190 grammes. La moelle, non débarrassée de son fourreau méningé pèse 50 grammes, elle ne présente pas de lésions, à l'œil nu.

Examen histologique. — *Tumeur* (hématéine-éosine) Elle est constituée, en majeure partie, par des cellules à gros noyau clair dans lequel on distingue quelques fins corpuscules. Ces cellules sont, les unes arrondies, les autres fusiformes : ces dernières prédominant de beaucoup. Un grand nombre de cellules sont en voie de caryocinèse.

Ces éléments sont très rapprochés les uns des autres ; cependant en certains endroits de la préparation, ils sont séparés par la trame d'un réseau fibreux peu abondant.

Les vaisseaux sont assez nombreux, mais toujours de petit calibre : quelques-uns ont une paroi endothéliale, mais la plupart en sont dépourvus.

Les cellules sont orientées par rapport aux axes de ces vaisseaux ; en certains points elles ont tendance à se disposer en tourbillons avasculaires, en d'autres endroits elles forment des amas plus ou moins arrondis.

Çà et là, dans les préparations, on remarque des globes arrondis semblables à ceux des plexus choroïdes. Leur contour est régulier ; leur partie centrale est fortement teintée en violet par l'hématéine d'une façon à peu près uniforme, alors que la périphérie a l'apparence d'un anneau fibreux que l'éosine teinte en rose et dans lequel on distingue quelques rares noyaux. Ces globes, vraisemblablement calcaires, sont peu nombreux dans l'étendue des préparations et situés, la plupart, à proximité d'un vaisseau.

Circonvolutions. (Nissl Fuchsine, Hématéine-Eosine, Weigert-Pal.) (Portion orbitaire de la deuxième frontale gauche, bord an-

térieur de la cavité de la tumeur). Pie-mère un peu adhérente et infiltrée par un assez grand nombre de cellules rondes.

Les cellules nerveuses tendent, pour la plupart, à s'arrondir, attaquées qu'elles sont par des cellules embryonnaires nombreuses dans toute l'étendue des préparations. Un certain nombre de cellules sont presque réduites à leur noyau ; en d'autres la chromatolyse est assez avancée et le noyau est ordinairement volumineux par rapport au protoplasma. Les vaisseaux ne sont ni épaissis, ni multipliés, mais leur gaine lymphatique est le siège d'une diapédèse très discrète. Les plexus de fibres à myéline sont notablement éclaircis, surtout le réseau d'Exner.

Deuxième pariétale gauche). Pie mère un peu congestionnée, très légèrement adhérente, mais sans épaississement appréciable ni infiltration. Les cellules nerveuses ont conservé leur forme et semblent relativement peu altérées. Un certain nombre, cependant, sont légèrement indentées par des neuronophages assez nombreux dans l'intervalle des cellules. Parmi ces cellules rondes, les unes sont petites et vivement colorées, d'autres plus claires et un peu plus volumineuses.

Première temporale gauche). Pie-mère infiltrée légèrement, adhérente par places. Protoplasme cellulaire prend très mal le colorant. Grains chromatophiles raréfiés ou dissous donnant ainsi lieu à une coloration uniforme. Le noyau se colore mieux, mais son nucléole est parfois fragmenté. Cellules rondes assez nombreuses entre les éléments nerveux qu'elles attaquent fréquemment. Vaisseaux abondants, remplis de sang ; diapédèse presque nulle dans les gaines.

Scissure calcarine gauche). Pie-mère légèrement adhérente par places. Le protoplasme cellulaire prend mal le colorant. Le noyau se colore mieux : son nucléole est souvent fragmenté. Beaucoup de cellules sont attaquées par les éléments embryonnaires assez nombreux dans leur intervalle (5 à 6 en moyenne). Pas de multiplication vasculaire; diapédèse extrêmement discrète dans les gaines.

Fibres à myéline des réseaux et du centre ovale conservées et sans altération manifeste.

Deuxième frontale droite). Pas de lésions de la pie mère, à part une légère dilatation de ses vaisseaux. Cellules nerveuses très peu altérées. Cellules rondes peu nombreuses. Vaisseaux légèrement dilatés et avec diapédèse beaucoup plus discrète encore que dans les régions précédentes.

Cervelet). Pas de lésions appréciables. Les cellules de Purkinje sont très belles et ont conservé leurs prolongements.

Moelle : L'examen histologique y révèle des lésions. Région cervicale : Dégénération dans les cordons postérieurs, plus prononcée dans le faisceau de Burdach. Intégrité relative des zones cornu-comissurales. Dégénération diffuse dans les cordons antéro-latéraux, surtout du côté droit.

Région dorsale : Dégénération diffuse dans les cordons postérieurs. Même dégénération dans les cordons antéro-latéraux, mais surtout marquée à l'endroit du faisceau pyramidal latéral droit.

Région lombaire : Dégénération plus diffuse et moins prononcée dans les cordons postérieurs ; peu marquée dans les cordons latéraux.

Les cellules des cornes médullaires ne présentent pas de lésions manifestes.

***

Il s'agit, en somme, chez cette malade, d'un fibro-sarcome né des méninges de la fosse temporale qui, par son lent développement, a comprimé progressivement les zones dites tolérantes de l'encéphale.

Les tumeurs de la partie antérieure du lobe frontal et celles du lobe temporal ont été, en effet, dans beaucoup de cas, des découvertes nécropsiques que rien, dans l'observation clinique n'avait pu faire légitimement soupçonner. Cependant, un certain nombre de faits anatomo-cliniques tendent à resteindre de plus en plus cette tolérance attribuée à quelques territoires encéphaliques. Avec une lésion des lobes frontaux on a noté l'irritabilité et la violence. Chez notre malade nous retrouvous précisément cette même irritabilité et des actes impulsifs.

Les tumeurs de l'encéphale ont été assez rarement signalées chez des sujets aussi jeunes. Devons-nous faire entrer la syphilis héréditaire dans l'étiologie de notre cas ? La minceur de la boite crânienne et sa forme un peu anormale semblent pouvoir nous y autoriser. D'autre part, les intoxications survenues chez la malade dès la vie embryonnaire (variole de la mère), et les infections de son enfance (deux poussées d'ophtalmie purulente), ont peut-être contribué également à provoquer le développement de la néoplasie.

Mais, quelle que soit la pathogénie dans notre cas, il importe toutefois d'y remarquer les altérations diffuses de l'encéphale et aussi de la moëlle. MM. Dupré et Devaux, et M. Klippel ont montré la valeur de ces lésions cérébrales diffuses dans l'explication des symptômes intellectuels présentés par ces malades. Dans cette observation, les lésions histologiques sont d'autant moins prononcées qu'on s'éloigne davantage du siège de la tumeur et sont peut être corrélatives de la déchéance intellectuelle à laquelle les parents de la malade nous disaient assister depuis un an.

REVUE DES LIVRES

La mélancolie *(Étude médicale et psychologique)* par René MASSELON, *ouvrage couronné par l'Académie de médecine* (1 vol. 281 p. Alcan 1906).

Cet ouvrage, consciencieux et attrayant, constitue avant tout une utile mise au point de la question si débattue des états mélancoliques. Les conclusions de l'auteur au sujet de la classification n'ont rien de révolutionnaire. Elles peuvent être résumées comme il suit : le syndrome mélancolie appartient à plusieurs affections mentales, et dans

les cas, où sous forme de mélancolie essentielle (mélancolie affective), le syndrome paraît occuper seul la scène clinique il peut avoir été déterminé par des causes diverses d'ordre organique agissant sur un cerveau prédisposé : la mélancolie d'involution telle que la conçoivent Kraepelin, Sérieux, Rogues de Fursac et Capgras serait une importante variété parmi les états mélancoliques essentiels. « On ne saurait voir dit Masselon, des formes bien fixes dans tous ces états qui sont encore à l'étude; et la solution qui aujourd'hui s'impose touchant le problème de la mélancolie affective est une solution toute provisoire et éclectique ». C'est la solution adoptée par le professeur Joffroy à l'autorité de qui l'auteur s'en réfère à plusieurs reprises.

Le médecin curieux de descriptions cliniques exactes et claires, rehaussées d'observations démonstratives s'instruira commodément des symptômes physiques et psychiques de la mélancolie à la lecture des chapitres consacrés à la pathologie proprement dite. Il trouvera également les indications thérapeutiques les plus modernes, et enfin un aperçu historique et critique des conceptions nosologiques passées et présentes. Voilà donc d'une part une très recommandable monographie portant sur une des questions les plus controversées de la psychiatrie.

Mais à côté de cette contribution classique, utile sans doute à cause de sa clarté, impersonnelle cependant, l'auteur a placé dans son œuvre un long chapitre qui lui appartient davantage. Ce chapitre, le 4e, est une étude détaillée de la psychologie des mélancoliques, une analyse appuyée sur la méthode des tests, des symptômes psychiques élémentaires des états dépressifs. Masselon a dégagé de ses expériences les conclusions suivantes : Le ralentissement psychique du mélancolique est déterminé par la difficulté d'évocation des idées. L'évocation, très pénible, parfois même impossible hors de la disposition affective, est encore pauvre dans son sein. L'attention est faible, elle ne se fixe qu'avec une extrême difficulté et ne peut être soutenue que pendant un temps extrêmement court. L'anxiété désagrège les synthèses mentales : l'excitation douloureuse se traduit par une répétition des mêmes paroles qui sont plutôt une simple décharge motrice en rapport avec un état affectif intense que l'expression d'une pensée précise. Les troubles volontaires relèvent de l'aboulie, conditionnée par la modification des éléments psychiques qui concourent aux actes. L'affaiblissement de la synthèse mentale retentit sur tous les modes de fonctionnement psychique.

Le mélancolique est surtout un malade qui souffre ; les sentiments qui correspondent aux troubles cœnesthésiques se manifestent sous forme de malaise vague (*manque de sécurité*, Brissaud) d'accablement entraînant l'affaiblissement de l'instinct de conservation. Le sentiment de la gêne intellectuelle, est fait de contrainte, d'impuissance, de doute, d'incuriosité. Le malade prend-il une conscience exacte de cette impuissance, la douleur morale apparaît et avec elle l'anxiété, résultat de l'effort (de la tendance) inutile. Cette explication de l'anxiété ne s'adapte cependant pas à la totalité des cas : Masselon en convient lui-même. L'hypothèse de la préexistence de l'angoisse (expression immédiate de troubles organiques) à l'anxiété, fait psychologique nous paraît d'une application plus générale. Peut-être dans certains cas l'angoisse est-elle le résultat de la lutte vaine, chez le mélancolique, des tendances contre l'arrêt organique et mental. Tout cela est discussion ne comportant pas de solution actuellement définitive. Il faut reconnaître avec l'auteur que l'angoisse physique de certaines maladies organiques n'est

pas toujours suivie d'anxiété, (ou tout au moins n'est pas suivie de l'anxiété du mélancolique, car elle s'accompagne bien, dans l'angine de poitrine par exemple, d'un horrible sentiment de danger). Mais, avant l'angoisse, et par conséquent avant l'anxiété, il est bien entendu que le mélancolique est déjà un être ayant un état psychique particulier.

Quoiqu'il en soit avec Dumas et Masselon, il nous paraît évident que l'anxiété ne peut être provoquée par les idées délirantes. Celles-ci sont toujours secondaires à une phase de douleur morale et se développent par un simple travail associatif automatique. La justification syllogistique dont parle Griesinger ne survient qu'à titre d'explication secondaire. L'étude des principales variétés d'idées délirantes termine ce long chapitre de psychologie morbide dans lequel le compte rendu expérimental longuement rapporté pour le plus grand intérêt du plus grand nombre n'a pas été sacrifié à la discussion des hypothèses: l'étude en série de la psychologie des mélancoliques par la méthode des tests constitue à l'actif de Masselon un heureux pendant à la « *Psychologie des déments précoces* ».

P. JUQUELIER.

Les auto-mutilateurs *(Etude psycho-pathologique et médico-légale)*, par Ch. BLONDEL. (1 vol. Rousset, 132 pages, 1906.)

Parmi les nombreuses variétés d'auto-mutilations, l'auteur a surtout eu en vue trois types assez fréquents et méritant d'être rapprochés par certaines analogies de développement. Ces «procédés de choix » sont la castration volontaire, l'énucléation volontaire de l'œil et la combustion volontaire. La première de ces trois mutilations étant déjà connue sous le nom d'*ennuchisme*, BL... a imaginé pour les suivantes les deux néologismes d'allure historique et même légendaire d'*Œdipisme* et de *Scaevolisme*.

L'auto-mutilation est toujours fonction d'un état psychopathique, qu'elle soit l'œuvre d'un simple déséquilibré aux réactions exagérées ou qu'elle se produise au cours d'un véritable état d'aliénation. Dans ce dernier cas, l'auto-mutilation ne peut être considérée ni comme pathognomonique d'une affection déterminée, ni comme carastéristique de quelques-unes. Mais il est avec l'auto-mutilation des associations symptomatiques fréquentes. L'auteur note à juste titre que les tendances auto-mutilatrices et les conceptions délirantes religieuses évoluent souvent de pair. Les malades, même, cherchent à expliquer leurs actes, par leur délire. Il faut éviter de les suivre dans la voie de cette explication séduisante au premier abord. Comme le dit fort bien BL... auto-mutilation et conceptions religieuses morbides sont les manifestations indépendantes des mêmes états psychopathiques dépressifs, principalement mélancoliques et la communauté de la cause suffit à expliquer la coexistence des effets.

En étudiant les observations de syndrome de Cotard, l'auteur a particulièrement noté l'association du délire mélancolique à détermination religieuse (idée de damnation) et les tendances auto-mutilatrices.

L'auto-mutilation indirecte, c'est-à-dire, pratiquée par autrui sur le désir du mutilé est analogue à l'auto-mutilation proprement dite ; mais elle est le résultat du concours de deux personnalités morbides.

Les différentes variétés d'auto-mutilation soulèvent de nombreux problèmes d'ordre médico-légal. BL.... examine à cet égard les éventualités suivantes : mutilation d'une hystérique servant de point de départ à une hétero accusation mensongère ; mutilation militaire dont le motif plausible n'exclut pas d'emblée l'hypothèse d'un

état psycho-pathologique chez leurs auteurs, étant donné le caractère anormal de cette réaction ; auto-mutilation indirecte devant entraîner l'examen mental du mutilateur qui accepte de rendre un aussi singulier service, comme celui du mutilé qui le sollicite.

Le livre de BLONDEL, élève de DUPRÉ, se lit avec beaucoup d'intérêt, d'autant qu'il fourmille d'observations et d'anecdotes. L'auteur analyse les faits sans tentatives inutiles de classification pathogénique. Il se défend, dès les premières lignes de l'introduction, d'étudier l'auto-mutilation collective à laquelle il ne fait allusion qu'incidemment. On regrette cette abstention volontaire sans laquelle un intéressant chapitre aurait été ajouté à la curieuse monographe réalisée par Blondel au sujet des auto-mutilateurs. P. JUQUELIER.

La folie par contagion mentale. par G. HALBERSTADT (1 vol. 130 p. Paris-Baillière 1906).

Il faut, dans l'ouvrage d'Halberstadt distinguer deux parties : l'une exclusivement clinique est constituée par une série d'excellentes observations, inédites pour le plus grand nombre et recueillies dans le service de M. Briand, à l'asile de Villejuif ; l'autre, bibliographique et surtout critique, se propose de rechercher dans le vaste groupe des folies à deux (ou à plusieurs), les cas où il peut être question de la contagion d'une véritable maladie mentale, c'est-à-dire les cas où le *début* d'une psychose *paraît avoir lieu* sous l'influence d'un contact plus ou moins prolongé avec un aliéné. Le domaine des faits de contagion psychique morbide est en effet beaucoup plus étendu que celui des exemples d'aliénation mentale née de toutes piéces (ou presque) au contact d'un aliéné. Telle nous paraît être la thèse que soutient l'auteur, très justement à notre sens, mais parfois avec un peu trop de concision. On peut alors se demander si le titre *folie par contagion mentale* est assez précis ; s'il n'y avait pas lieu d'opposer l'étude particulière de la *folie par contact vésanique* à celles plus générales et dès longtemps faites (englobant d'ailleurs beaucoup de faits communs, quoiqu'à deux points de vue différents) des *folies collectives ou similaires*, ou du *rôle de la contagion psychique en aliénation mentale*. Des exemples indiqueront mieux ces distinctions :

Deux individus vivant ensemble, en contact intime et perpétuel, également prédisposés manifestent en même temps des idées délirantes identiques : C'est le *type de la folie simultanée type Régis*. Le contact intime et perpétuel favorise la contagion mentale réciproque, c'est-à-dire l'imitation inconsciente de part et d'autre. Cette contagion mentale a eu pour résultat de rendre identiques les *idées délirantes* des deux aliénés au moment où, sous des influences communes, ils ont été l'un et l'autre atteints ; mais comme le fait remarquer H... dans ses conclusions, cette similitude des conceptions erronées ne signifie en rien que la *maladie mentale* d'un sujet est née au contact de la maladie de l'autre.

Deux frères, et mieux deux jumaux vivant ou non ensemble, mais présentant le maximum de prédisposition psychopathique similaire sont atteints au même âge de troubles mentaux se ressemblant jusque dans la teinte des idées délirantes par exemple. Ici, l'identité constitutionnelle est tout : il faut se garder d'invoquer pour expliquer la genèse de cette *folie à deux* soit le phénomène psychologique de la contagion mentale, soit l'influence du contact de l'un des malades sur l'autre.

Que reste-t-il donc à ce que l'auteur appelle la *contagion directe*, c'est-à-dire au cas de maladie mentale *née* au contact d'une autre maladie mentale ? Il resterait les deux groupes de faits suivants :

a Une psychose en provoque une autre sans que celle-ci ressemble à celle-là.

b Une psychose en provoque une autre semblable à la première au double point de vue des symptômes et de l'évolution, mais d'intensité parfois différente.

Dans le premier cas, la vésanie initiale intervient vraisemblablement comme un simple facteur occasionnel et n'a rien de spécifique. Dans le second il s'agit le plus souvent de délires communiqués, c'est-à-dire des exemples d'individus jusque là sains d'esprit, devenant *malades* au contact d'un aliéné. La maladie des deux sujets évolue ensuite sous un aspect sensiblement identique, et c'est ordinairement une psychose lente à base d'interprétations délirantes, à faible systématisation qui se développe chez des sujets atteints de débilité mentale.

Or, dans cette dernière éventualité comme dans la précédente (psychose provoquant une psychose dissemblable), il est un facteur de première importance et auquel il faut toujours revenir, c'est la prédisposition psychopatique du contaminé : Au contact d'un aliéné, un prédisposé (mais un prédisposé seulement) peut être frappé d'aliénation mentale de même que sous l'influence de n'importe quelle cause occasionnelle ébranlant profondément un cerveau trop sensible. Ce prédisposé devenu aliéné peut : ou réagir pour son propre compte ; ou, grâce à l'action du phénomène contagion psychique, adopter d'une manière plus ou moins fidèle le délire de l'affection occasionnelle. Ce faisant, il serait atteint de folie par contagion au sens où l'entend Halberstadt, l'aliéné présentant du délire simultané type Régis, n'étant atteint que de folie avec contagion mentale. La tendance de l'auteur à préciser et à restreindre le rôle du contact vésanique dans l'étiologie des maladies mentales nous paraît légitime et pourrait même être poussée plus loin; surtout si l'on ne se place pas, comme il l'a fait, sur un terrain exclusivement clinique et si l'on n'élimine pas le problème de l'explication psychologique. Le trouble émotif provoqué par la vue d'une psychose peut (rarement il est vrai, et parmi mille autres causes) déterminer une psychose chez un prédisposé, voilà un fait. Le phénomène de la contagion psychique morbide explique que le délire d'un aliéné peut devenir le délire d'un second aliéné, voilà un autre fait. L'union de ces deux éléments dans certaines observations de délire communiqué a fait adopter par synthèse la désignation de contagion de la folie (qui ne saurait exister) là où il y a deux phénomènes successifs, ou tout au moins distincts : 1° un trouble psychopathique occasionné par une cause morale (contact avec un aliéné); 2° le phénomène de contagion morale d'où résulte la similitude des deux tableaux morbides. (Nous n'avons pas eu à considérer en tout ceci les délires momentanément imposés dans lesquels il n'y a qu'un seul aliéné, et qui ne sont pas du cadre de cette étude).

P. JUQUELIER.

Troubles mentaux dans la sclérose latérale amyotrophique, par A. CULLERRE (1 brochure 20 p. libr. du progrès médical. Extrait des *Archives de neurologie*, juin 1906).

Les troubles mentaux ne sont décrits que d'une manière accessoire dans la sclérose latérale amyotrophique. P. Marie en 1892 et Dupré dans le traité de Ballet signalent bien la possibilité de symptômes démentiels peu bruyants au cours de la maladie de Charcot, mais récemment, Raymond et Cestan, dans un mémoire concernant 18 cas, n'ont noté chez leurs malades ni affaiblissement intellectuel ni idées délirantes.

L'auteur rapporte six observations nouvelles dans lesquelles il a pu

faire au point de vue psychiatrique des constatations différentes de celles de Raymond et Cestan. Dans les six cas, minutieusement analysés, les troubles mentaux n'ont pas toujours eu les mêmes caractères. Le plus souvent, C... a noté de l'affaiblissement plus ou moins global de l'intelligence; mais des délires variables accompagnaient cette démence.

Dans l'observation II, l'élément démentiel était au second plan et l'aspect général était celui d'un état mélancolique délirant. Enfin, chez un homme de 50 ans, il n'existait pas d'affaiblissement des facultés : il s'agissait d'un processus psychasthénique, de forme mélancolique avec obsession de suicide, qui s'était développé lentement.

Pour Cullerre donc, la sclérose latérale amyotrophique peut être accompagnée de troubles mentaux divers d'un caractère plus ou moins grave. Comme pour les autres psychopathies organiques, il faut voir dans les complications démentielles de la sclérose, latérale amyotrophique une conséquence de la lésion organique et dans les manifestations délirantes une conséquence de la prédisposition.

Si, comme le pense l'auteur... « avec d'éminents neurologistes, les affections du système nerveux ne sont que des syndrômes... il est facile de comprendre que les causes morbifiques puissent s'attaquer simultanément ou successivement à plusieurs territoires du névraxe en état d'infériorité structurale ou fonctionnelle, pour engendrer comme dans nos observations, une association de symptômes médullaires bulbaires et cérébro-psychiques. »

P. JUQUELIER.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(13 juillet 1906)

MM. LOUIS RÉNON et LÉON TEXIER. — *Sur un cas de tumeur cérébrale secondaire à une tumeur du sein.* — Le noyau carcinomateux secondaire se développa en pleine substance cérébrale de l'hémisphère droit, 28 ans après une intervention sur la glande mammaire du même côté. Quatre ou cinq ans après l'intervention, une nouvelle tumeur du sein avait réapparu, puis évolué très lentement (squirrhe atrophique).

Pendant longtemps les troubles mentaux furent les seuls symptômes de la localisation encéphalique : ce n'est que dans les dernières semaines qu'une hémiplégie d'abord incomplète, puis complète permit de situer exactement le néoplasme cérébral. Auparavant les auteurs, d'après les symptômes psychiques : affaiblissement intellectuel et délire de persécution, songeaient soit à un état vésanique, soit à la paralysie générale. Ce dernier diagnostic était rendu vraisemblable par une lymphocytose modérée mais nette du liquide céphalo-rachidien.

La tumeur trouvée à l'autopsie était grosse comme une noix : Elle ne produisit donc pas de troubles psychiques par son volume ni par hyperproduction du liquide céphalo-rachidien (celui-ci s'écoulait goutte à goutte au moment de la première ponction lombaire), aussi l'hypothèse défendue par Dupré et Devaux de « l'intoxication de la substance cérébrale par des poisons cellulaires d'origine néoplasique », paraît-elle celle qui explique le mieux les accidents délirants et dementiels survenus avant que la tumeur ait pu agir mécaniquement par son volume.

(20 juillet 1906)

MM. Rénon et Texier. — *Aiguille trouvée dans le cœur d'une morphinomane ayant succombé très rapidement à des accidents infectieux.* — L'aiguille fut trouvée à l'autopsie dans la cloison inter-auriculo-ventriculaire, et sa présence paraît avoir eu un rôle important dans la pathogénie des lésions cardiaques complexes qui ont entraîné la mort.

Les auteurs n'ont eu aucun renseignement sur le lieu de pénétration du corps étranger. Ils pensent que l'aiguille fut déglutie soit accidentellement, soit au cours d'une tentative de suicide dans un moment sans doute, où faute de ressources, la malade était privée de morphine ; et ils interprètent ainsi la chronologie des accidents : Péricardite hémorrhagique contemporaine de la pénétration de l'aiguille; puis septicémie ayant pour point de départ une plaie articulaire (métatarso-phalangienne du 5e orteil gauche) extrêmement septique ; enfin, endocardite maligne rigoureusement limitée au cœur droit, principalement au niveau de l'oreillette, c'est-à-dire au lieu d'implantation du corps étranger. J.

REVUE DES PÉRIODIQUES

PÉRIODIQUES DE LANGUE FRANÇAISE

Archives de Neurologie (28e année. — N° 127. Juillet 1906).

G. Deny. — **De la folie maniaque dépressive (Historique critique définition.)** — Avec autant de résolution que lorsqu'il s'agissait de la démence précoce, l'auteur défend les conceptions de Kraepelin au sujet des formes simples, intermittentes, alternes ou circulaires des états d'excitation et de dépression : « Tous les états d'excitation et de dépression (réserve faite de ceux de ces derniers, qui appartiennent à la mélancolie d'involution), états qui sont encore décrits séparément sous les rubriques de manie et de mélancolie simples, intermittentes ou périodiques, de folies à double forme, circulaires etc..., doivent être considérés désormais comme des manifestations d'une seule et même maladie fondamentale, *la folie maniaque dépressive* qui comporte seulement trois groupes d'états différents, reliés il est vrai par des formes intermédiaires : des états maniaques, des états dépressifs et des états mixtes ». La folie maniaque dépressive constitue actuellement une simple entité clinique dont la place naturelle est à côté de la folie systématisée chronique dans le groupe des psychoses constitutionnelles.

P. Hartenberg. — **Crampe des écrivains guérie par la ligature élastique.** — Observations, avec spécimens d'écritures avant et après le traitement, d'un homme de 37 ans, atteint depuis 15 ans de crampe des écrivains. Ce malade fut guéri par le traitement qui consiste exclusivement à nouer autour du bras, au dessus du biceps un tube de caoutchouc laissé en place durant 20 minutes matin et soir.

L'Encéphale (1re année. — N° 4. 25 juillet 1905).

Antheaume et Mignot. — **Remarques sur la stéréotypie graphique.** — Les auteurs publient d'abord la longue et très intéressante observation d'un malade qui depuis 1898 écrit chaque semaine six lettres conçues invariablement dans les mêmes termes et identiques même

quant à la forme : Des lettres écrites à plusieurs mois d'intervalle sont absolument superposables, ainsi qu'en font foi les figures annexées à l'observation. Pourtant le malade de A... et M... n'est pas un dément ; il a adopté une série d'habitudes qui limitent le nombre et la variété des manifestations extérieures de son activité psychique : « En écrivant à ses parents, il veut protester contre sa séquestration et leur manifester son affection ; pour exprimer ces idées, il a trouvé une formule, la vraie, la bonne, la seule qui puisse être, il n'a donc pas à la changer. La stéréotypie graphique est chez lui volontaire et consciente.

Il s'agirait donc, d'après la conception de bien des auteurs (et en particulier de Dromard) de *pseudo-stéréotypie*, puisque la manifestation motrice correspond à un contenu ideo-affectif actuel. A. et M. préfèrent cependant conserver à la lettre répétée de leur malade le nom de stéréotypie graphique, matériellement exacte. « Si l'on admet que les stéréotypies peuvent être conscientes et volontaires, on a parfois longtemps d'avance en les constatant un indice utile sur l'évolution future de la maladie mentale ; on sait que l'habitude morbide observée est le signe d'une démence en voie d'évolution et qu'elle est la preuve que l'intelligence restreint son activité puisqu'elle l'exerce d'une manière uniforme. »

KLIPPEL. — **Encéphalite avec confusion mentale primitive.** — La confusion mentale a fait récemment l'objet de nombreuses études. Elle est simple ou hallucinatoire, primitive ou secondaire suivant qu'elle a été précédée ou non d'autres troubles de l'activité mentale. Il s'agit dans le cas de l'auteur de *confusion mentale primitive symptômatique*, d'une encéphalite à marche sub-aigüe.

L'état de confusion qui résume presque exclusivement les troubles mentaux est sans doute la conséquence de l'asthénie générale et profonde due à l'encéphalite diffuse et intense, au cours de laquelle l'absence de tous les signes qu'on peut observer dans la paralysie générale est à noter. Il est vrai que l'encéphalite, si diffuse qu'elle soit n'est pas la condition nécessaire du syndrôme paralytique. Elle peut entraîner un état de démence simple, sans signes physiques, ou, comme dans l'observation actuelle, un état confusionnel avec asthénie générale. Un même agent pathogéne peut provoquer divers syndromes suivant son mode d'action (rapidité, virulence, vole de pénétration).

L'anatomie pathologique soulève des problèmes intéressants : Les éléments cellulaires qui remplissent les gaines vasculaires des artérioles intra-cérébrales constituent des masses d'une épaisseur tout à fait insolite et se présentent sous trois types principaux : cellules conjonctives hypertrophiées à gros noyaux clairs, cellules lymphocytoïdes, cellules plasmatiques ; les cellules plasmatiques surtout retrouvées jusqu'ici dans l'infiltration vasculaire de la paralysie générale ne sont donc pas caractéristiques de cette dernière affection.

D'autre part l'observation histologique ne semble pas favorable à l'origine sanguine de toutes les cellules d'infiltration et l'auteur pose la question de l'origine interstitielle de l'infiltration inflammatoire.

PAILHAS. — **Dédoublement de la personnalité par altérations sensorielles d'origine périphérique.** — Quatre observations de sujets ayant présenté l'illusion de dédoublement de la personnalité au cours de maladies infectieuses fébriles (phlegmon et érysipèle).

SAINTON. — **Les troubles psychiques dans les altérations des glandes à secrétion interne.** — Revue générale : critique et bibliographie. Les glandes à secrétion interne jouent un rôle important dans l'évolution du psychisme de l'individu. Toute altération des fonctions

glandulaires internes survenant chez l'enfant se traduit par un syndrome psychique à peu près univoque : arrêt plus ou moins marqué de l'ensemble des facultés psychiques de l'individu.

Lorsque la modification dans la sécrétion interne se produit plus tard, et entraine des troubles psychiques, ces derniers sont justiciables du traitement opothérapique, pierre de touche de leur diagnostic, ces états psychiques sont constitués par des syndromes mentaux frustes : à l'hyperthyroïdation semblent appartenir les états d'excitation, à l'hypothyroïdation les états dépressifs.

Les troubles des sécrétions glandulaires internes paraissent susceptibles de servir de causes provocatrices à l'hystérie ou à l'épilepsie, et de jouer un rôle dans les formes graves de l'aliénation mentale ; mais ce rôle est difficile à préciser, il ne pourra l'être que grâce à l'examen anatomo-pathologique méthodique des différentes glandes chez les aliénés.

Revue Neurologique (14e année. — 14-30 juillet 1906).

PARHON. — **Mélancolie avec hypertrophie thyroïdienne succédant à la ménopause.** — Femme de 58 ans, atteinte de mélancolie un an avant son internement. Pendant le séjour à l'hôpital, cette malade était anxieuse, manifestait des idées d'auto-accusation et fit une tentative de suicide.

Au moment de la ménopause (54 ans) était apparu un goitre, L'auteur croit devoir établir une relation de cause à effet entre l'exagération ou l'altération de la fonction thyroïdienne et la genèse des troubles psychiques, en s'appuyant sur les arguments suivants :

La maladie de Basedow s'accompagne dans quelques cas de troubles mentaux accentués, parmi lesquels Ball, Joffroy, Buchan etc., signalent des états maniaques et mélancoliques.

Pour Kraepelin, la psychose maniaco-dépressive semble être engendrée par des troubles des échanges, or la glande thyroïde exerce un rôle considérable dans le métabolisme de notre organisme.

Enfin la mélancolie est beauconp plus fréquente chez la femme que chez l'homme, de même que les maladies du corps thyroïde (goître exophthalmique, myxœdème).

L'hypothèse que le corps thyroïde joue un rôle important dans la pathogénie de la mélancolie et de la folie maniaque dépressive serait valable non pour tous, mais pour un grand nombre de cas.

LEVI-BIANCHINI. — **Observation sur les tableaux cliniques de paranoïa et démence paranoïde.** — L'auteur a déjà dit et répète : Toutes les formes (ou presque) d'aliénation mentale à délire (chronique) qui sont classées comme paranoïa, ne sont que des démences paranoïdes ou des variétés de ces dernières.

La démence paranoïde est une variété de démence précoce (que B... appelle *démence primitive*). Elle a une façon de se développer, d'évoluer, de s'achever, identique à celles de autres variétés cliniques de la démence précoce. C'est une *maladie mentale acquise*. Tous les faux rois et empereurs, les persécutés persécuteurs de nos asiles sont des déments paranoïdes : *Déments*, parce que leur mentalité normale a été transformée d'une façon incurable, parce que leur pouvoir idéatif et *critique* est en réalité détruit, parce que leur personnalité a disparu. La paranoïa est une forme de phrénasthénie ; c'est-à-dire de *défaut mental congénital*, c'est une déformation de l'intelligence qui existe depuis l'enfance. Tels sont les inventeurs, les guérisseurs, les philanthropes : ils font partie des *mattoïdes* de Lombroso.

L'auteur reviendra dans un plus long travail sur cette très intéressante, mais discutable division. Il se contente ici de comparer dans deux tableaux parallèles les caractères différentiels de la paranoïa et de la démence paranoïde.

Annales médico-chirurgicales du Centre. — (août 1906).

MARCHAND et OLIVIER. — **Etat de mal épileptique avec conservation de la conscience.** — Histoire d'une jeune fille de 20 ans, atteinte de convulsions dans l'enfance, de faible niveau intellectuel et qui, à la suite d'une fièvre typhoïde survenue à 19 ans, présenta des crises épileptiques d'abord classiques. Pendant son séjour à l'hospice, la malade est atteinte un jour de crises convulsives subintrantes. Les premiers accès convulsifs paraissent nettement comitiaux ; au cours des derniers, on note que la conscience n'est pas abolie et que la patiente au moment même des troubles moteurs est capable de répondre aux questions qui lui sont posées. Depuis, engourdissement physique et intellectuel, accès isolés complets avec perte de connaissance, neuro-rétinite double avec atrophie papillaire commençante, symptômes cérébelleux.

Les auteurs discutent les deux diagnostics suivants, sans conclure : tumeur cérébelleuse et méningo-encéphalite avec prédominance des lésions au niveau du cervelet.

Archives générales de médecine (83e année, 14 août, N° 33).

LHERMITTE ET HALBERSTADT. — **Etude anatomo-clinique d'un cas de psychose de Korsakoff.** — Observation clinique, autopsie, examen histologique : Lésions nerveuses hépatiques et rénales.

Si l'alcool paraît être le facteur primordial des altérations chroniques des viscères, il est presque impossible de définir avec certitude la cause des lésions rapides parenchymateuses. La malade était atteinte de pyurie : si l'on tient compte de cette notion que la psycho-polynévrite est le plus souvent liée à une infection, il devient possible de penser que peut-être ce foyer infectieux urinaire a été, au moins pour une grande part, dans l'éclosion des phénomènes mentaux, et que grâce à l'atteinte simultanée du foie et des reins ont pu se développer les altérations des cellules corticales dont le syndrôme de Korsakoff a été la saisissante manifestation.

Le Caducée (6e année, N° 15, 4 août 1906).

ROUSSEL ET LESNÉS. — **Deux observations d'hystérie chez des soldats : hystéro-traumatisme. Vagabondage impulsif.** — Le premier cas concerne un cavalier atteint de : hémiparésie gauche avec hémi-hypoesthésie sensitivo-sensorielle gauche de nature hystérique, consécutives à une fracture de la jambe gauche. Le second cas est celui d'un hystérique considéré et condamné comme déserteur, mais sujet à des impulsions irrésistibles (fugues) depuis l'adolescence. Sans un examen systématique du système nerveux le premier de ces malades eut été considéré comme un simulateur, le second comme une « mauvaise tête » ; tous deux étaient passibles des compagnies de discipline. Les auteurs estiment à juste titre qu'il est utile de porter à la connaissance de tous les médecins militaires les observations de ce genre.

Journal des praticiens (20e année, N° 32. — 11 août 1906).

P. E. LÉVY. — **Pathogénie psychique et psychothérapie. Les psycho-névroses méconnues.** — La méthode psychothérapique de choix est, non pas la persuasion, mais la rééducation du malade nerveux. Elle s'applique non seulement aux psycho-névroses, mais trouve

en réalité dans les affections de toute nature son utilisation constante, à côté des indications pharmaceutiques et hygiéniques. Un écueil grave (quelle que soit l'opinion qu'on en ait) consiste à opposer la psychothérapie aux thérapeutiques classiques.

Presse médicale (1906, N° 61. — 1er août).

A. LÉTIENNE. — **De la sénilité (cerveau sénile).** — Le rôle dévolu dans la production des lésions séniles au système artériel garde ici son importance. Il y a un parallélisme évident entre les dégénérescences cellulaires et les altérations vasculaires interstitielles correspondant aux mêmes territoires.

La cérébration sénile a pour caractères fondamentaux : la paresse de la mémoire et la paresse de l'intelligence, d'abord peu marquées. En s'accentuant, ces phénomènes s'allient à des changements de caractère souvent pris pour des travers d'esprit : Le sénile devient impatient, méfiant et envieux à l'inverse du vieillard normal qui est au contraire confiant et indulgent. Les facultés affectives sont très fréquemment modifiées et à contre-sens. A deux stades successifs, on voit l'émotivité exagérée faire place à l'indifférence. Ces modifications cérébrales exagérées confinent à la démence sénile.

(N° 68. 25 août 1906).

J. ET R. VOISIN. — **Emploi du bromure de potassium dans l'épilepsie.** — Le traitement de l'épilepsie par les bromures, en particulier par le bromure de potassium entraîne un certain danger et nécessite une surveillance attentive, mais c'est encore le traitement qui a donné le plus de cas de guérison.

L'administration du médicament doit être surveillée d'une façon plus étroite qu'on ne le fait habituellement. Le médecin doit éviter deux écueils : l'intoxication et l'accoutumance. La médication évacuante purgative et diurétique, l'administration du médicament à doses progressives, l'institution passagère d'un régime de chlorure seront selon les cas d'un heureux secours.

Les auteurs ont obtenu de très bons résultats avec la suite suivante de régime : 10 jours de régime ordinaire avec prise de 4 gr. de Kbr, 10 jours de régime ordinaire avec 10 gr. de Kbr, enfin 10 jours de régime déchloruré avec suspension de bromure. « La période de déchloruration débarrassait l'organisme du bromure circulant et activait les phénomènes intimes de la nutrition ».

Le Progrès médical (35e année. N° 32. — 11 août 1906).

TERRIEN. — **Des phobies.** — L'auteur oppose l'une à l'autre deux séries d'observations destinées à faire ressortir dans le groupe des phobies les deux divisions suivantes : phobies hystériques, curables ; et phobies des dégénérés beaucoup plus fréquentes et ordinairement incurables.

Revue de l'école d'Anthropologie de Paris
(16e année. — 7. — Juillet 1906).

H. THULIÉ. — **Le terrain mystique.** — Le terrain sur lequel se développe le mysticisme est préparé dans presque tous les cas par la dégénérescence due : soit à l'hérédité, soit à des maladies graves qui ont laissé des traces indélébiles sur le système nerveux. Le plus grand nombre des dégénérés présentant du délire religieux sont atteints de débilité mentale ; mais tous les mystiques sans exception, malgré une humilité simulée, sont dominés depuis le plus débile jusqu'au plus

(Voir la suite après le Bulletin bibliographique mensuel.)

intelligent par un orgueil qui dirige tout leur être et commande à leur système nerveux.

Telle est la conclusion d'un chapitre anecdotique (ou pour mieux dire clinique) extrait par son auteur d'un ouvrage *(la mystique pathologique)*, qui doit paraître prochainement chez Doin. Les impitoyables déductions scientifiques de Th... sont en harmonie avec les observations des écrivains chrétiens et le texte évangélique : *Beati pauperes spiritu ;* le tout est affaire d'interprétation.

JUQUELIER.

Archives de Psychologie (T. V. N° 20. Mai 1906).

ALOYS MULLER. — **Le problème du grossissement des astres au point de vue méthodologique.** — La recherche psychologique doit procéder suivant la même méthode que les sciences de la nature. — Détermination, de ce chef, de ce que peuvent être les observations expérimentales nécessaires pour établir la solution du problème.

G. GRIJNS. — **L'agrandissement apparent de la lune à l'horizon.** — L'illusion est due à ce que nous sous-estimons la lune, que nous la voyons toujours plus petite qu'elle ne l'est, mais que, à l'horizon, par habitude, nous corrigeons davantage notre vision fautive, et y voyons ainsi la lune moins petite qu'au zénith.

J.-P. NUEL. — **La psychologie comparée est-elle légitime ?** Réponse à M. Claparède. L'auteur considère que, s'il y a une psychologie humaine, parce qu'on peut étudier en soi les données immédiates de la conscience, il n'y a pas de psychologie comparée, parce qu'on ignore la conscience des animaux ; et entre la physiologie et la psychologie il existe un fossé infranchissable, une différence de nature irréductible !

Journal de physiologie et de pathologie générales. (T. 8. n° 3. 15 mai 1906).

F. M. URBAN. — **L'analyse des Sphygmogrammes.**

L. CAMUS. — **Emploi d'un milieu transparent permettant la reproduction directe des graphiques.** — La reproduction des tracés dans les publications est un problème qui a toujours préoccupé les expérimentateurs. La Commission internationale de contrôle des instruments enregistreurs et d'unification de méthodes en physiologie émettait, dès sa première session, le vœu suivant : « La reproduction typographique des tracés devra se faire par des procédés dérivés de la photographie, c'est-à-dire sans l'intervention de la main du graveur ». L'auteur a résolu le problème en substituant au papier, pour l'enregistrement sur les cylindres, des bandes souples de gélatine, vendues dans le commerce sous le nom de « papier glace ». Elles s'enroulent très bien autour du cylindre. On les enfume par les mêmes procédés, mais en évitant de chauffer trop. Le collage est un peu plus long, et il faut, pour éviter les plissements, fixer et laisser sécher à même le cylindre. Cela implique donc un maniement un peu plus délicat, un peu moins commode, mais, grâce à la transparence de la bande, la reproduction pour la typographie peut être directe, sans nécessité de photographie et, par conséquent, elle peut être très exacte. D'autre part, la reproduction, n'exigeant pas que le graphique soit redessiné par le graveur, est un peu moins coûteuse, mais la bande de gélatine l'est un peu plus que la bande de papier glacé.

PIÉRON.

REVUE DES PÉRIODIQUES ÉTRANGERS

PÉRIODIQUES DE LANGUE ALLEMANDE.

Archiv für die Gesammte Psychologie (VII, Heft 1-2, 1906).

THEODOR LIPS. — **Sur les sentiments intellectuels.** — Etude prolixe et confuse à la manière de Lips. Rien d'expérimental. Pas de faits, simple discussion.

KURT GEISZLER. — **Sentiment de personnalité, Sensation Être et Conscience.** — Article de philosophie pure.

JACOB. LEGAL. — **Contribution à l'esthétique expérimentale.** — Etude sur la satisfaction esthétique causée par des formes géométriques simples. Après un exposé des travaux et des résultats de Fechner et des recherches consécutives, l'auteur expose ses propres expériences, faites avec des lignes, des angles et des triangles, sur 8 étudiants (5 femmes et 3 hommes) de l'Université de Zurich. Ce qui ressort de plus net, c'est une grande variabilité dans les jugements esthétiques, qui se contredisent pour les mêmes lignes et les mêmes sujets.

TH. ZULINSKY. — **Le rythme de la prose artistique et ses fondements psychologiques.** — Analyse psychologique fondée sur des données artistiques et prosodiques.

Id. (VII, Heft 3-4, juin 1906).

WILLY HELLPACH. — **La théorie scientifique de la psycho-pathologie.** — Examen du fondement de la psycho-pathologie (science des maladies « de l'âme »), des méthodes psycho-pathologiques, du problème de la pathologie collective, exigeant une étude de la pathologie sociale tout comme de la psychologie sociale. Les problèmes qui se posent actuellement concernent une psycho-pathologie autonome.

H. PIÉRON.

PÉRIODIQUES DE LANGUE ANGLAISE.

Investigations of the departements of psychology and education of the University of Colorado (vol. III, n° 2, 1906).

T. D. A. COCKERELL. — **Une méthode pour apprécier les examens scolaires.** — En faisant un graphique du nombre des individus s'élevant au-dessus de la moyenne, de ceux qui restent dans ses parages, et de ceux qui se trouvent en dessous, en prenant comme ordonnée le nombre des individus, comme abcisse les notes de classement, on doit obtenir une courbe régulière avec maximum aux environs de la moyenne (le plus grand nombre d'individus) et décroissance régulière des deux côtés : au fur et à mesure que s'accentue l'infériorité ou la supériorité, le nombre des individus diminue.

Pour un nombre suffisant d'élèves, si on traduit par des courbes de ce genre des résultats d'examens, quand on obtient des formes très différentes d'une telle courbe, c'est que la méthode employée pour l'examen est défectueuse.

Jôseph H. BAIR. — **Le développementde la pensée dans les écoles.** — Emploi de deux tests de raisonnement pour expérimenter sur les facultés logiques d'une centaine d'enfants comparables dans une école. Voici l'un de ces tests : J'ai connu dix docteurs qui étaient de braves gens et dix policemen qui étaient méchants; les médecins sont-ils meilleurs que les policemen ? Donner des raisons du jugement.

Les réponses sont intéressantes, et le progrès, de classe en classe, dans le raisonnement, est très net, et à peu près régulier.

American Journal of Psychology
(vol. XVII, n° 3, juillet 1906).

I. MADISON BENTLEY. — **La psychologie des mouvements organiques.** — Dans cette communication, faite en décembre 1905 au Congrès de Cambridge de l'American Psychological Association, l'auteur examine les six problèmes psychologiques connexes à la question des mouvements organiques : analyse générale et description de l'action; étude des actions spéciales; mouvements d'expression; mouvement comme facteur essentiel des complexus mentaux; mouvement comme travail; mouvement comme plaisir.

Le « problème moteur », dans la variété de ces positions, a donné naissance à deux attitudes, dont l'une exagère les conditions motrices de la conscience, et l'autre les conséquences motrices de la conscience; la première construit des théories psycho-physiques centrales; la seconde s'accorde avec la tendance réactionniste américaine, qui risque, en considérant les mouvements organiques comme une opération adaptative provenant de l'activité mentale, de tomber dans la considération vague et dangereuse d'une puissance organique ou spirituelle.

JAMES P. PORTER. — **Les mœurs, les instincts et la capacité mentale des araignées appartenant aux genres argiope et epeira.** — Intéressantes expériences biologiques et psychologiques sur diverses espèces d'araignées. Etudes en particulier de leurs sens et de la variabilité notable des instincts. De nouvelles recherches porteront sur la question de l'attribution de l' « intelligence » à ces insectes. Bibliographie comprenant 74 numéros.

SAMUEL PERKINS HAYES. — **Une étude des qualités affectives. I. La théorie à trois dimensions du sentiment.** — Cette théorie « à trois dimensions » est due à Wundt et apparut dans le *Grandriss de Psychologie* de 1896; elle est ainsi appelée parce qu'elle fait appel à trois facteurs déterminants.

Expériences sur quatre personnes avec des harmoniques et avec des battements de métronomes (recherche du sentiment agréable ou désagréable).

Les résultats, qui confirment les critiques de Titchener, vont à l'encontre de la théorie de Wundt, mais ils paraissent encore à l'auteur trop peu nombreux pour une conclusion définitive.

ARNOLD L. GESELL. — **L'habileté manuelle en rapport avec l'intelligence scolaire et le sexe.** — Pour la plupart des cas, l'habileté manuelle des élèves dans les écoles élémentaires tend à varier dans le même sens que l'intelligence scolaire. A partir de l'âge de dix ans, les différences entre les sexes s'accentuent et sous l'influence très probable de facteurs mentaux ; les filles se montrent dès lors plus adroites que les garçons.

EUGENIA FOSTER et E. A. MC GAMBLE (avec l'aide de L. J. BOYNTON. MAUDE DEWAR et H. S. WHEELER. — **Effet de la musique sur la respiration thoracique.** — Quelques recherches expérimentales, suspendues faute de la collaboration d'un musicien assez expert. Les auteurs croient qu'une étude très féconde peut être faite des changements produits dans l'intensité et le rythme respiratoires par l'intensité et le rythme musicaux.

Mind (N^lle^ série. n° 59, juillet 1906).

JOHN DEWEY. — **Théorie expérimentale de la connaissance.** — Etude purement philosophique.

W. Mc Dougall. — **Facteurs physiologiques de l'attention.** — Conclusion de trois importantes études antérieures de l'auteur, publiées en plusieurs années, et dont les résultats sont résumés. Les dispositions du système nerveux apparaissent comme un facteur essentiel de l'attention, qui serait déterminée dans sa direction par des phénomènes de fatigue nerveuse. Donnant une place secondaire aux modificationt vasculaires, M. Mc Dougall montre dans l'inhibition cérébrale le fait tout à fait caractéristique des processus d'attention.

Piéron.

PÉRIODIQUES DE LANGUE ESPAGNOLE.

Revista medica del Uruguay (ano IX, n° 4, juillet 1906).

B. Etchepare. — **Puérilisme mental.** — L'auteur publie une observation de puérilisme mental chronique chez une vieille femme internée depuis de longues années. Il rappelle à ce propos les différents travaux concernant le puérilisme mental ou *syndrome de Dupré.*

Est-il possible actuellement de connaitre les conditions dans lesquelles se produit ce syndrome, qui peut être, soit transitoire ou paroxystique, soit chronique?

Dans le premier cas, il est difficile de ne pas penser à l'hystérie.

Quant au puérilisme chronique, surtout sénile, il paraît être en rapport avec les troubles de la mémoire dus aux lésions organiques dont l'ensemble produit la démence sénile. Pourquoi ne pas admettre que les malades ayant subi la régression de la mémoire, suivant la loi de Ribot, ne vivent plus qu'avec leurs souvenirs des premiers ans?

Le puérilisme des tumeurs cérébrales est plus difficile à expliquer. Si l'hystérie ne coexiste pas, on doit invoquer un déficit intellectuel dû à la tumeur et abolissant plus ou moins de souvenirs.

L'auteur signale enfin que les observations de puérilisme publiées jusqu'à ce jour ne concernent guère que des femmes.

Juquelier.

NOUVELLES

Le XVIIe Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française (août 1907). — Le Comité d'organisation du prochain Congrès s'est réuni le vendredi 3 août, à 6 heures du soir, composé du bureau du Congrès actuel, auquel se sont adjoints les anciens présidents, vice-présidents, secrétaires généraux.

L'Assemblée générale a eu lieu le samedi, 4 août, à 11 heures du matin. Il y avait 84 membres présents.

Il a été décidé que le Congrès se tiendrait en Suisse et prendrait le nom de Congrès de Genève et de Lausanne.

Président : Le Prof. Prévost (de Genève). — *Secrétaires généraux :* professeurs Berdez (de Lausanne), Long (de Genève).

COMITÉ D'ORGANISATION :

Comité Genevois. — Professeurs : Prévost, Bard, Weber, d'Espine, Flournoy, Martin, Ladame, Claparède, Long.

Comité Vaudois. — Professeurs : Berdel, Bouyet, Mahaim. Forel, Herzen, Deucreville, Witzner, Paschoud, Loij, Zbinden, Châtelain (de Neuchâtel), Dubois (de Berne), Serrigny (de Fribourg).

QUESTIONS CHOISIES :

Neurologie : Définition et nature de l'hystérie. — *Rapporteurs :* M. Claude, de Paris, un doct. suisse N...

Psychiatrie : Des psychoses périodiques. — *Rapporteur :* M. Antheaume, de Paris.

Médecine légale : L'expertise médico-légale et la question de responsabilité. — *Rapporteur :* prof. Gilbert Ballet, de Paris.

Le Congrès décide ensuite de nommer pour le congrès de 1907 un vice-président qui sera de droit président du congrès de 1908. Le vice-président élu est le Dr CULLERRE (de La Roche-sur-Yon) : élu au bulletin secret.

Le Congrès adopte ensuite à l'unanimité la proposition de nommer un Comité permanent du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Le Comité permanent se composera de sept membres renouvelables par tiers tous les 2 ans et non rééligibles immédiatement. Ont été élus : Secrétaire-trésorier du Comité permanent : Dr Meige, de Paris. — Membres : Drs Arnaud, Paris ; Raymond, Paris ; Vallon, Paris ; Crocq, Bruxelles ; Giraud, Rouen ; Régis, Bordeaux. Seront adjoints à ce comité : le président, le vice-président, le secrétaire général du congrès suivant.

La rapidité mentale dans l'excitation et la dépression. — D'une étude faite au laboratoire de physiologie pathologique de l'Hôpital Mc Lean (Waverlly-Massachussetts) sur six sujets (deux normaux, deux déprimés, deux excités), l'auteur, M. SHEPHERD IVORY FRANZ conclut que dans la manie, l'excitation, il n'y a pas augmentation de la rapidité mentale et de l'habileté motrice, mais plutôt un accroissement de diffusion motrice, d'après les résultats fournis par l'épreuve des petits points (faire le plus de points en un temps donné), les temps de réaction auditive, simples et de choix, le temps de lecture, le temps d'addition, la discrimination des lettres et celle des couleurs.

Voici par exemple les temps moyens pour faire un point sur du papier : 15,7 et 15,4 centièmes de seconde pour les normaux ; 18,1 et 14,9 pour les excités ; 22,2 et 29,9 pour les déprimés.

Pour les réactions auditives simples, le temps moyen est de : 16,5 et 15,7 centièmes de seconde pour les normaux ; 18,2 et 18,5 pour les excités ; et 19,1 et 29,9 pour les déprimés.

De nouvelles expériences sur la question doivent être refaites par l'auteur. P.

Rapports de l'alcoolisme et de la folie en Charente. — Les documents locaux présentent toujours un très grand intérêt dans la question de l'alcoolisme, car ils arrivent le plus souvent à des conclusions qui peuvent être généralisées. Nous signalerons à ce propos deux thèses soutenues récemment à Bordeaux et qui renferment des matériaux accumulés qui pourront être utilement consultés.

Dans la première, *Les alcools et leurs rapports avec la folie dans la Charente*, M. le Dr PAGÈS montre que non seulement le nombre des cas d'aliénation mentale en général, mais celui des cas de folies diverses dues à des excès alcooliques et enfin celui des cas de folie alcoolique proprement dite, suivent dans la Charente une marche parallèle à la consommation des mauvais alcools. Aussi l'auteur arrive-t-il à cette conclusion que l'alcoolisme mental en Charente est dû à l'usage des apéritifs divers, bitters, absinthe, vermouth, etc., et autres alcools d'origine douteuse qui ont remplacé l'usage des produits naturels du pays. On pourrait ajouter que comme il n'en existe plus de naturels ou

tout au moins que la production en est infime relativement aux autres, le danger réside dans tous les produits sortant de chez le débitant.

Dans la seconde, *La paralysie générale en Charente*, M. CASSAIGNE analyse une statistique importante recueillie à l'asile de Breuty et qui vient à l'appui de l'opinion généralement admise maintenant que la syphilis paraît dominer l'étiologie de la paralysie générale ; dans cette statistique, contrairement à ce qui se passe pour les autres formes d'aliénation, il n'y a pas parallélisme, en Charente, du moins, entre l'alcoolisme et la paralysie générale. C'est ainsi que, dans la dernière période décennale, le chiffre des alcooliques admis à l'asile est devenu trois fois plus fort, tandis que celui des paralytiques généraux est resté stationnaire.

Il serait évidemment exagéré de conclure de là à l'innocuité de l'alcool vis-à-vis de la paralysie générale, d'autant plus que, dans beaucoup d'asiles, la statistique ne donne pas des résultats concordants ; mais peut-être peut-on admettre que, dans cette région, cette intoxication ne trouve pas un terrain favorable à son action nocive dans cette direction. (*Extrait du journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 août 1906. p. 622-623).

A quel âge commence l'ivrognerie. — D'après DANA (de New-York), on peut, semble-t-il, dire que l'ivrognerie commence d'ordinaire avant 20 ans, et que si un homme n'a pas fait d'excès de boisson avant l'âge de 25 ans, il n'en fera pas par la suite. Il y a si peu de sujets qui commencent à boire avec excès entre 30 et 40 ans, que quiconque a atteint 30 ans sans faire abus d'alcool a toute chance de rester sobre le reste de ses jours. Dana établit que l'ivrognerie ne débute jamais passé 40 ans.

Quelle est la cause de cette précocité de l'ivrognerie ? On ne sait pas encore, mais Dana semble porté à croire que c'est surtout affaire d'habitude et de milieu, bien qu'il admette cependant un fonds névropathique. (*Bulletin général de thérapeutique*, 23 juillet 1906, p. 82).

Faculté de médecine de Gratz. — M. FRITZ HARTMANN est nommé professeur extraordinaire de psychiatrie.

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. F. R. WOLLENBERG est nommé professeur de psychiatrie.

Faculté de médecine de Berlin. — Le titre de professeur a été conféré à M. F. W. SEIFFER, privat-docent de neurologie et de psychiatrie.

Asiles d'aliénés. — *Mouvements d'Août et de Septembre 1906.* — Arrêté portant disjonction des fonctions de directeurs médecins dans les asiles autonomes de Bassens (Savoie) et d'Armentières (Nord).

M. le Dr AUBIN, Conseiller général du Var, est nommé Directeur de l'asile de Bassens (Savoie).

M. GASPA, maire de la Nouvelle (Aude) est nommé directeur de l'asile d'Armentières (Nord).

M. le Dr DUMAZ, est nommé médecin en chef de l'asile de Bassens (Savoie).

M. le Dr CHARDON, est nommé médecin en chef de l'asile d'Armentières (Nord).

Asiles d'aliénés. — *Distinctions honorifiques.* — Médaille d'honneur pour acte de courage et de dévouement : MM. les Docteurs CHEVALIER-LAVAURE directeur-médecin de l'asile d'aliénés d'Auch (Gers) ; THIVET, médecin en chef à l'asile d'aliénés de Clermont (Oise) ; M. COIGNET, gardien à l'asile d'aliénés de Quatre-Mares (Seine-Inférieure).

Lettres de félicitations. — MM. BAZELAIRE, surveillant à l'asile de Clermont (Oise) ; ILDIS, infirmier dans le même établissement. Ont été blessés dans leur service par des aliénés.

Le gérant : A. COUESLANT.

PARIS & CAHORS, IMPRIMERIE A. COUESLANT (20-X-06)

REVUE CRITIQUE

LE STAGE PSYCHIATRIQUE EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

Par le Dr Paul SÉRIEUX
Médecin de l'asile de Ville-Evrard

Esquirol fut, en France, en 1817, l'initiateur de l'enseignement clinique des maladies mentales. Il continua son cours tous les ans, à la Salpêtrière, jusqu'en 1826. Dans son *Traité*, il a admirablement tracé le programme d'une clinique psychiatrique : « Peut-être, dit Esquirol, conviendrait-il de faire un petit nombre d'établissements dans chacun desquels on pourrait réunir 150 à 200 aliénés mis en traitement ; ces établissements serviraient de modèle, d'*école d'instruction* et d'objet d'émulation pour les autres maisons. »

Plus tard Ferrus fit, de 1832 à 1839, des conférences cliniques à Bicêtre et à la ferme Sainte-Anne. Puis Bottex à Lyon, Rech à Montpellier, Leuret à Bicêtre s'adonnèrent aussi à l'enseignement clinique. Baillarger ouvrit son premier cours à la Salpêtrière en 1841, Falret père en 1843. Leuret, Auguste Voisin, Prosper Lucas, Magnan, Bouchereau, Legrand du Saulle firent aussi des cours cliniques libres. L'enseignement officiel fut plus négligé. La Faculté de Paris avait, sous la Restauration, une chaire de médecine mentale (théorique) occupée par un professeur compétent, Royer-Collard, médecin de Charenton. Mais, à la mort du titulaire, en 1824, cette chaire fut supprimée et depuis, disait Delasiauve en 1877, la Faculté, « mise plusieurs fois en demeure de se prononcer, s'est obstinément opposée à son rétablissement... Subissant, non sans regret, la pression de l'évidence, mais plutôt pour l'éluder que pour y satisfaire, la Faculté enfin, il y a une douzaine d'années, prescrivit à l'un de ses agrégés, Becquerel, et deux ans plus tard, à Natalis Guillot, de consacrer dans leurs cours de pathologie interne, six leçons à l'aliénation mentale. »

Puis la psychiatrie eut son cours complémentaire, confié à Lasègue (1862), auxquels succédèrent Maurice Raynaud et Ball.

A la Faculté de Strasbourg, H. Dagonet, professeur agrégé et médecin de l'asile d'aliénés, inaugure l'enseignement officiel des maladies mentales (1854-1867).

C'est seulement en 1877 que fut créée à la Faculté de Paris la chaire de *pathologie mentale et des maladies de l'encéphale*, et deux ans après qu'un arrêté ministériel organisait le fonctionnement de ce cours *clinique* à Sainte-Anne.

Actuellement, seules les Facultés de Paris, Lyon, Montpellier, Toulouse possèdent une chaire magistrale de clinique mentale ; celle de Bordeaux a confié l'enseignement psychiatrique à un professeur adjoint, chargé de cours.

Si la création de ces chaires de clinique a eu un heureux résultat au point de vue de la restauration des études psychiatriques, il faut bien avouer que l'immense majorité des étudiants est restée, comme par le passé, complètement étrangère aux notions les plus élémentaires de la pathologie mentale. La cause en est

dans l'absence de *stage psychiatrique* obligatoire. C'est la question que nous nous proposons d'examiner.

On est en droit de s'étonner en constatant que, malgré les efforts d'esprits éclairés, il n'existe en France, au commencement du XXe siècle, aucune réglementation qui assure d'une façon efficace l'instruction des étudiants en psychiatrie. Cependant, dans la plupart des universités étrangères, on a reconnu la nécessité, pour tous les étudiants, d'un enseignement des maladies mentales ayant pour sanction un stage spécial et un examen, oral ou clinique. Il en est résulté qu'en France, l'immense majorité des étudiants reçoivent leur diplôme de docteur sans posséder les notions les plus rudimentaires des maladies du cerveau, sans même avoir franchi le seuil d'un établissement d'aliénés. Est-ce à dire qu'en réclamant l'organisation de l'enseignement psychiatrique on ait pour but de faire des spécialistes en pathologie mentale ? Non certes ; mais il est de la plus haute importance que ces maladies, que les étudiants n'ont pas l'occasion d'observer dans les services hospitaliers ordinaires, ne restent pas, comme il arrive trop souvent, méconnues par les médecins praticiens. Il importe que ces derniers puissent conseiller à temps les mesures nécessaires pour assurer la guérison du malade par un traitement approprié, pour sauvegarder son avenir, sa fortune, sa vie même et celles des siens, grâce à une surveillance spéciale et grâce à son placement, en temps opportun, dans un établissement consacré au traitement des maladies mentales. Or, le médecin peut-il accomplir cette tâche toujours délicate, quand il n'a sur ces questions aucune notion, même élémentaire; quand non seulement il est demeuré complètement étranger aux choses de la psychiatrie, mais encore, fait plus grave, quand il partage tous les préjugés de ce public qu'il devrait éclairer. Quelques semaines passées dans un établissement d'aliénés feraient beaucoup pour déraciner des notions fausses, donner au futur praticien une idée plus exacte de ce que sont les maladies mentales, des mesures qu'il convient de prendre à leur égard, de la curabilité de certaines formes, des dangers que font courir certaines autres, etc. Cette instruction spéciale du corps médical serait féconde en résultats au point de vue social, juridique, scientifique, thérapeutique. Elle prévendrait bien des erreurs judiciaires qui entraînent à leur tour des condamnations imméritées, bien des tentatives de suicide et d'homicide, la ruine de nombreuses familles, l'incurabilité de nombre de malades. Tout le monde gagnerait à cette réforme : la société, les sujets atteints de psychoses, leur famille, et enfin les médecins eux-mêmes.

Il n'existe pas davantage, en France, de garanties pour le choix des *médecins des établissements privés* consacrés au traitement des maladies mentales, et des *médecins-inspecteurs des aliénés*. Chose étrange, tous ceux qui ont voulu, par des mesures multiples, entourer de garanties sérieuses le placement des malades dans les établissements privés, tous ont laissé de côté la plus efficace de ces garanties, celle de la compétence et du médecin

traitant et du médecin-inspecteur. N'importe quel médecin, n'eût-il jamais mis le pied dans un asile d'aliénés, peut diriger et France une maison de santé, sans contrôle aucun au point de vue du traitement. Au contraire, dans certains Etats allemands, (et il en sera de même en Italie et en Suisse) on exige du médecin qui sollicite l'autorisation de diriger un établissement spécial, d'avoir accompli un stage de deux ans dans un asile d'aliénés. Kraepelin considère même la durée de ce stage comme notoirement insuffisante. Il fait ressortir l'anomalie qu'il y a à exiger d'un médecin des asiles publics, avant de le nommer directeur-médecin, douze ou quinze ans de service, ainsi que des preuves de capacité et de compétence, tandis que, pour la tâche si délicate qu'est la direction médicale d'une maison privée, on se contente de garanties notablement moins sérieuses. En Suisse, nous le verrons, on demande que les médecins des asiles privés aient accompli un stage de quatre ans.

L'enseignement de la psychiatrie présenterait un intérêt tout particulier pour les *médecins des armées de terre et de mer*, les *médecins des colonies*. Or, tandis qu'en Russie et en Allemagne des mesures ont été prises pour assurer l'instruction psychiatrique de ces médecins, rien de pareil n'existe en France.

Inutile enfin d'insister sur l'importance de connaissances psychatriques pratiques pour les *médecins-experts* et *les médecins des prisons* (Nouët).

En 1847 et 1849 J.-P. Falret a bien exposé la nécessité pour tous les médecins de posséder des notions de psychiatrie. « Tous les médecins, dit-il, doivent avoir des connaissances pratiques suffisantes pour pouvoir, dès le début, reconnaître une maladie mentale ; privés de ces connaissances, comment peuvent-ils prévenir mille conflits qui s'élèvent entre les membres d'une même famille et empêcher le développement d'une maladie qui, prise à son origine, peut, plus qu'aucune autre, céder à un traitement bien dirigé ? Les médecins ordinaires ont d'autant plus besoin de connaître les maladies mentales qu'eux seuls observent les premiers symptômes, et que ceux-ci peuvent facilement donner le change, parce qu'ils sont du domaine du sentiment et du caractère ; et cependant, le médecin n'est pas seulement appelé à traiter les maladies confirmées ; il doit surtout, lorsqu'il y a possibilité, chercher à les prévenir, et la prophylaxie est ici d'une importance bien plus grande que dans la plupart des autres maladies.

« L'invasion des maladies mentales présente plus de difficultés de diagnostic et de pronostic que les autres périodes de ces affections ; il est donc tout à fait regrettable que les médecins, qui seuls en sont témoins, n'aient pas les connaissances suffisantes pour imprimer aux malades et aux parents la direction qui peut les prémunir contre le développement de la maladie, soit par l'emploi des moyens hygiéniques et moraux, soit par l'emploi des médicaments appropriés. Les médecins spécialistes ne peuvent pas être appelés dans la première période des maladies mentales

d'abord parce que les parents ne se doutent pas du malheur dont ils sont menacés et que l'idée de la folie ne se présente à leur esprit que lorsqu'ils ont épuisé toute la série imaginable des autres idées, puis parce que, lorsqu'ils sont forcés d'admettre la triste vérité, la pensée qui les préoccupe le plus alors, c'est d'en conserver le secret, et cette préoccupation ne cède qu'à une nécessité impérieuse qui peut se faire attendre longtemps, lorsque le délire est tranquille et restreint à un petit nombre d'idées ; d'où il résulte que les médecins spécialistes ne sont appelés, surtout dans les folies partielles, que lorsqu'elles sont déjà chroniques. Il est donc évident que tous les médecins doivent être appelés à voir et à traiter les aliénés ; cette branche de la médecine doit faire nécessairement partie de leur instruction médicale. »

Plus tard Billod, en 1869, réclame comme très urgente la généralisation de l'étude des maladies mentales (en vue de la rédaction des certificats d'admission) et la création d'une chaire de clinique spéciale dans chaque faculté. La Société médico-psychologique, en 1875, se met d'accord sur la nécessité d'organiser le stage psychiatrique et adresse des propositions dans ce sens aux autorités compétentes.

M. Motet, en 1876, pense que s'il est puéril d'exiger de tout médecin des connaissances approfondies sur les maladies mentales, il est dangereux pour la société, la famille, l'aliéné lui-même, de ne pas favoriser autant que possible la diffusion de notions générales ; l'insuffisance de la plupart des médecins à résoudre les graves problèmes qui leur sont posés n'est que trop évidente.

Delasiauve, en 1877, insiste sur l'utilité du stage : « Il y a Paris, écrit-il, à Ville-Evrard et à Vaucluse, une douzaine de médecins spécialistes qui, suivant nous, devraient, professeurs de médecine mentale, avoir constamment sous leur direction 25 à 30 élèves se renouvelant tous les deux mois... »

Brouardel, en 1884, demande la création d'un examen psychiatrique spécial donnant seul droit à l'obtention d'un diplôme de médecin-expert. Il estime le nombre de 100 à 150 experts comme suffisant pour toute la France.

En 1889, M. Bourneville réclame la création, dans toutes les facultés et écoles de médecine, d'une chaire de clinique spéciale des maladies mentales, l'organisation d'un stage d'au moins trois mois dans un service d'aliénés pour tous les étudiants, et une épreuve consacrée à l'aliénation mentale.

En 1891, le Conseil supérieur de l'Assistance publique émet les vœux « qu'une des épreuves des examens de doctorat porte sur les maladies mentales » et « qu'il soit créé un enseignement clinique des maladies mentales et de la médecine légale des aliénés dans les facultés qui n'en possèdent pas encore ».

M. Parant, en 1892, demande un stage psychiatrique de trois mois au moins pour tous les étudiants, un examen portant sur les maladies mentales et la création de cliniques psychiatriques universitaires en vue de l'établissement de cours cliniques.

Au congrès de Bordeaux (1895), dans son discours d'ouverture,

et en 1904 dans la *Revue de Déontologie*, M. le professeur Joffroy a insisté sur l'importance de l'organisation de l'enseignement des maladies mentales, et sur les dangers qu'entraîne, en l'espèce, l'incompétence du médecin. « On n'exige, disait-il, de l'étudiant, aucun stage dans un asile, il n'a à subir aucun examen spécial et, le plus souvent, il recevra un diplôme de docteur sans avoir assisté à une leçon d'aliénation mentale, sans avoir examiné un seul aliéné. Et cependant ce médecin sera appelé à voir des aliénés ; du jour où il a été reçu docteur, il peut être appelé à décider de l'internement des malades et à délivrer des certificats qui ont force de loi ; il peut être appelé devant les tribunaux et à avoir à se prononcer sur la responsabilité des accusés, disposant ainsi, plus que de la vie des malades, de l'honneur des familles... Ce résultat est dû à une éducation médicale imparfaite, incomplète ; cela tient à ce que pendant trop longtemps l'aliénation mentale n'a pas été enseignée officiellement, à ce que l'asile d'aliénés était presque aussi fermé à l'étudiant qu'au profane, et à ce que pendant longtemps, comme aujourd'hui encore, les connaissances en aliénation mentale furent regardées comme une instruction de luxe... L'enseignement de l'aliénation s'impose donc avec les mêmes garanties que l'enseignement des autres branches de la médecine, avec stage dans les asiles, avec examen spécial devant un jury compétent. C'est là ce qu'exige le bon sens, c'est ce que réclament les circonstances, c'est ce qui se fait dans d'autres pays, en Suisse, en Russie, etc., c'est ce qui doit exister demain en France. »

« L'enseignement des maladies mentales, déclare M. Dubois, au Conseil général de la Seine, en 1896, n'existe pour ainsi dire pas en France ; et nous avons le droit d'être étonnés en constatant avec quel dédain les Facultés ont traité jusqu'à présent les maladies du cerveau. Pourquoi ces dernières ne seraient-elles pas enseignées au même degré et au même titre que les affections du cœur, des poumons, de l'estomac ? On ne saurait l'expliquer que par l'aversion qu'a toujours et si injustement inspirée l'aliéné, et par cette idée qu'un fou ne mérite que l'internement et la séquestration. »

Sur la proposition de M. Dubois, le Conseil général émet le vœu que les facultés de médecine imposent aux étudiants l'obligation d'un stage de trois mois au moins dans un service d'aliénés.

En 1897, M. le Dr Brousse, dans son rapport général sur le service des aliénés de la Seine, a de nouveau insisté sur l'absence regrettable de toute organisation du stage psychiatrique : « Il est monstrueux, dit M. Brousse, que l'étude de l'aliénation mentale ne soit pas une partie de l'enseignement obligatoire à la Faculté de médecine. On peut être docteur, agrégé, professeur même, sans en savoir un mot ! Cela d'ailleurs paraît d'autant plus étrange que ce médecin qui a le droit d'ignorer la science du diagnostic de la folie détient le pouvoir, par son nom mis au-dessous d'un petit certificat, de vous faire interner dans les vingt-quatre heures. »

M. Motet, M. Toulouse, en 1898, reviennent sur la nécessité

de préparer les étudiants aux expertises médico-légales de médecine mentale, et sur l'utilité du stage.

« L'enseignement des maladies mentales, dit P. Garnier, en 1898, n'existe en France qu'à l'état d'ébauche. Trop longtemps, la clinique cérébrale a été délaissée par les médecins comme une science quelque peu étrangère à leur art... La connaissance des maladies mentales n'est pas une instruction de luxe ; elle est de tous points indispensable, puisque, à tout instant de son existence professionnelle, le médecin peut être appelé à examiner des aliénés, à se prononcer sur les problèmes si graves que soulève, au point de vue social et humanitaire, la question de la folie. Il y a donc beaucoup à faire pour que l'enseignement pratique de la pathologie cérébrale soit ce qu'il doit être en France. Hélas ! nous ne sommes plus ici à l'avant-garde du progrès, nous oublions la tradition française, et la comparaison avec ce qui existe chez quelques nations voisines n'est pas toujours précisément à notre avantage. »

En 1899, nous signalerons un travail très documenté de M. de Fontaubert sur la nécessité du stage psychiatrique et un rapport du Dr Antheaume à la Commission mixte chargée par le Conseil général de la Seine d'étudier les questions intéressant l'hospitalisation des aliénés ; les résolutions suivantes furent votées :

1° Il est urgent de développer l'enseignement des maladies mentales de façon à permettre aux médecins de remplir auprès des tribunaux de première instance l'office d'experts suffisamment aptes à diagnostiquer les cas d'aliénation faciles et à éveiller l'attention des magistrats dans les cas difficiles ;

2° Il est nécessaire que tous les étudiants en médecine soient désormais astreints à faire un stage obligatoire d'une durée de trois mois dans un service officiel d'aliénés ;

3° Il est nécessaire que le diplôme de docteur en médecine ne puisse être délivré sans que tout candidat ait, pendant le cours de ses études médicales, satisfait à un examen spécial devant le chef de service dans le service duquel le stage aura été accompli ;

4° Il est à désirer que désormais les expertises médico-légales en matière d'aliénation mentale ne puissent être confiées qu'à des médecins présentant des garanties suffisantes d'instruction en aliénation mentale, (médecins des asiles ou médecins ayant fait un stage régulier et subi avec succès les épreuves d'un examen).

L'année 1903 a été marquée par une innovation des plus intéressantes. Un Institut de médecine légale et de psychiatrie fut créé près la Faculté de Paris dans le but de donner un enseignement théorique et pratique aux médecins et aux étudiants français et étrangers qui se destinent aux fonctions d'experts près les tribunaux. Un diplôme spécial portant la mention *médecine légale et psychiatrie* fut institué.

La durée de la scolarité est fixée à deux semestres. L'examen pour l'obtention du diplôme se divise en deux parties : partie médico-légale proprement dite ; partie médico-légale psychiatrique. Cette dernière comprend : une épreuve théorique (rédaction d'un

rapport sur un thème supposé) et une épreuve pratique (examen d'un malade avec rédaction d'un rapport sur son état mental et ses conséquences). Ce règlement a été mis à exécution à partir de l'année scolaire 1903-1904.

Pour le semestre d'été de 1906, l'enseignement médico-légal psychiatrique de cet institut comportait le *cours clinique de psychiatrie* du professeur Joffroy (asile Ste-Anne), un *cours théorique* de M. Dupré, agrégé, à Sainte-Anne, un *cours pratique* de M. Dupré à l'Infirmerie spéciale, des *examens de malades et rédactions d'observations ou de rapports*, par MM. Juquelier et Vurpas, chefs de clinique (Ste-Anne). La présence des élèves est obligatoire à tous les cours.

Nul plus que nous n'applaudit à cette heureuse création d'un *Institut de médecine légale et de psychiatrie*. Mais il convient de faire remarquer que ces cours ne sont pas obligatoires, qu'ils ne s'adressent qu'à une infime minorité d'étudiants et qu'ils sont payants (430 francs). La question du stage psychiatrique reste donc entière.

M. le professeur Régis, dans la troisième édition de son *Précis*, constate que même dans les Facultés qui possèdent une chaire de psychiatrie « l'assistance aux cours est facultative et il n'y a ni stage obligatoire ni même stage organisé. La clinique psychiatrique de la Faculté de Bordeaux est, croyons-nous, la seule qui, par le fait de son installation dans un hôpital général, compte actuellement des stagiaires régulièrement inscrits et permette une épreuve de clinique mentale au cinquième examen de doctorat ».

Il convient de donner quelques renseignements plus circonstanciés sur la clinique de Bordeaux dont la création est due à M. Régis. Ce maître éminent a réussi à transformer — on devine au prix de quels efforts — un petit quartier d'isolement de l'hôpital St-André en une véritable clinique psychiatrique, modeste certes par le nombre des lits, mais qui doit être citée comme un modèle au point de vue de l'organisation de l'enseignement psychiatrique. Située dans l'hôpital général même, la clinique bénéficie de l'admirable outillage des laboratoires et des cliniques de toute sorte réunies dans ce grand centre scientifique. De plus, les étudiants peuvent la fréquenter sans temps perdu pour aller d'une clinique à l'autre. Enfin, les élèves de quatrième année peuvent y accomplir un stage scolaire valable, progrès inappréciable, dit M. Régis, qui n'a pu encore être réalisé dans les asiles d'aliénés. Au lieu de se borner à assister une ou deux fois par semaine, au plus, à des leçons qui, comme le fait remarquer M. Régis, ne constituent qu'un enseignement trop intermittent et trop incomplet, les élèves stagiaires vivent journellement, pendant un trimestre, avec les délirantes comme avec les malades ordinaires de médecine et de chirurgie.

Ils s'habituent ainsi aux difficultés de l'examen des aliénés, recueillent des observations. Enfin, chaque fois que le professeur de psychiatrie est membre du Jury d'un 5e examen de doctorat (clinique interne), il donne à chaque candidat un malade de son ser-

de prépa
cine men
« L'ens
1898, n'e
clinique c
science u
maladies
tous poi
tence pr
aliénés.
au point
a donc !
patholo
ne son
traditi
quelqu
avanta
En l'
Fonta
Dr An
génér
sation
1° I
tales
tribu
aptes
l'atte
2° I
déso
trois
3°
puis
ses
de s
1
ma
dec
tio
ré
!
sa
pr
U
é
n
l'
!

demandent en outre que les maladies mentales fassent partie du programme de l'examen d'Etat. De cette façon, non seulement les médecins praticiens auraient des notions précises sur les maladies mentales et nerveuses, mais encore on verrait disparaître les préjugés du public. Pour lui donner des notions exactes sur les maladies du système nerveux et leur traitement, il convient en effet de faire d'abord l'éducation des médecins. La persistance, dit Fürstner, dans les diverses classes de la société, de regrettables préjugés sur les maladies mentales tient à ce que des notions plus exactes ne peuvent être répandues par les médecins, dont l'immense majorité, malgré leur culture scientifique, n'ont aucune connaissance des questions psychiatriques, n'ont jamais examiné ni même vu un aliéné. Comment, dans ces conditions, pourraient-ils redresser, dans le milieu où s'exerce leur activité, des erreurs qu'ils sont les premiers à partager ? « Si les maladies mentales, ajoute Fürstner, sont moins fréquentes que les affections pulmonaires, cependant elles ont une importance toute spéciale, parce qu'elles touchent d'une façon plus grave aux intérêts matériels, sociaux, légaux des malades et de leur famille, et même de la société tout entière. L'État a donc le devoir de contrôler l'instruction psychiatrique de *tous* les médecins, de les soumettre à un examen spécial clinique en vue de contrôler leur connaissance des formes les plus importantes des maladies mentales. La chose est d'autant plus nécessaire pour tous les praticiens que la législation contemporaine, en particulier les lois concernant l'assurance contre la vieillesse, l'invalidité, les accidents, nécessitent chaque jour du médecin des réponses à des questions de psychiatrie ».

Stage psychiatrique obligatoire. — Cependant, jusque dans ces derniers temps, il n'y avait qu'un petit nombre d'universités dans lesquelles le stage dans une clinique psychiatrique fût obligatoire pour tous les étudiants. En *Bavière*, par exemple, l'enseignement des maladies mentales était obligatoire pour tous les étudiants depuis 1858. C'est seulement en 1901 que les vœux qui précèdent furent enfin exaucés. Le *Nouveau règlement allemand des examens pour le titre de médecin praticien* du 20 mai 1901 spécifie que le candidat doit subir une épreuve portant sur les maladies mentales. L'art. 45 est ainsi conçu : « L'examen portant sur la médecine mentale sera subi devant un examinateur dans le service d'aliénés d'un hôpital ou dans une clinique universitaire ; il devra être terminé le jour même. Le candidat procèdera, en présence de l'examinateur, à l'examen d'un aliéné ; il devra préciser les antécédents du malade, établir le diagnostic et le pronostic de l'affection, instituer le traitement, et consigner les résultats de son examen dans un rapport qui sera contresigné par l'examinateur. Le candidat subira en outre un interrogatoire portant sur d'autres malades afin de faire la preuve qu'il possède les connaissances psychiatriques nécessaires à un médecin praticien. Le candidat devra de plus présenter un certificat constatant qu'il a accompli un stage d'un semestre dans une clinique psychiatrique ». Ajoutons,

en passant, que la durée des études médicales vient d'être portée à six ans.

En outre de ce stage obligatoire, on favorise un stage facultatif destiné à permettre aux jeunes médecins de se perfectionner dans l'étude des maladies mentales en passant un certain temps dans les asiles d'aliénés comme collaborateurs des médecins assistants. Ces médecins stagiaires (*Volontärarzt*) sont une institution presque exclusive aux établissements de Prusse. Le ministère donne, pour un an, à de jeunes médecins désireux de parfaire leur instruction psychiatrique, une indemnité de 750 francs. De plus, la plupart des provinces accordent à ces médecins, outre l'entretien gratuit, une indemnité de 750 francs. Dans quelques petits États allemands, les médecins volontaires n'ont pas de traitement. Dans certains établissements qui possèdent un second médecin volontaire, ce dernier n'a droit qu'à l'entretien gratuit[1].

Instruction psychiatrique des médecins fonctionnaires. — On sait qu'il existe en Allemagne, dans chaque arrondissement ou cercle, un médecin fonctionnaire de l'État (*Physikus Kreisartz*), qui a dans ses attributions tout ce qui touche à la médecine légale, à la police sanitaire et à la police médicale. En Prusse l'Administration médicale est, en outre, représentée dans chaque département par un médecin départemental. Nous n'envisagerons que celles des fonctions de ces médecins qui intéressent la psychiatrie. A ce point de vue, le *Physikus* est chargé de l'examen des aliénés en vue de l'internement, de l'interdiction, de l'appréciation du degré de responsabilité, de l'inspection des maisons de santé privées, des soins à donner aux aliénés, etc.

Le Congrès des médecins aliénistes allemands de 1895 avait réclamé pour l'examen des médecins fonctionnaires une épreuve portant spécialement sur la psychiatrie, épreuve qui devait être passée devant un médecin aliéniste. Zinn demandait que les candidats aient rempli les fonctions d'assistant dans un asile d'aliénés. La chose est d'ailleurs exigée dans les royaumes de Saxe, de Würtemberg, et dans le grand-duché de Bade. Voici, d'après l'arrêté ministériel du 24 janvier 1896, les conditions requises pour être nommé *physikus* en Prusse. Les candidats doivent : 1° être *docteurs* d'une faculté de médecine d'une université allemande (et non pas seulement *médecin praticien*) : 2° avoir suivi un cours de médecine légale dans une université allemande ; 3° avoir une instruction solide en psychiatrie. Pour ce dernier point le candidat devra produire un certificat constatant qu'il a été attaché à une clinique psychiatrique d'Allemagne en qualité de *Praktikant* pendant au moins six mois. Ce certificat pourra être remplacé par une attestation délivrée par un professeur de clinique psychiatrique allemande ou un directeur médecin d'asile public d'aliénés (non exclusivement consacré aux incurables, ayant une population minima

[1] Dans certaines cliniques italiennes, des *medici praticanti* remplissent des fonctions analogues.

de 150 malades et un total d'admissions s'élevant au moins à 150 par an), attestation prouvant que le candidat, après avoir été reçu médecin, a rempli dans l'établissement, pendant trois mois au moins, et régulièrement, des fonctions le mettant en mesure d'examiner et de traiter des aliénés.

Des épreuves de l'examen nous n'examinerons que ce qui touche à la médecine mentale. Il y a une composition écrite sur la psychiatrie. Six mois sont accordés pour la rédaction de cette composition. Cette épreuve est éliminatoire. Si la note est « mal » ou « médiocre », l'épreuve devra être recommencée pour un nouvel examen, qui ne pourra avoir lieu qu'après un délai variant de trois mois à deux ans. Les candidats ne pourront subir cette épreuve écrite plus de deux fois.

Les épreuves pratiques et orales devront être subies au plus tard six mois après le résultat de la première épreuve. Elles auront lieu à la Charité de Berlin, autant que possible en deux jours consécutifs. *L'épreuve pratique* comprend, entre autres, l'examen de un ou de deux aliénés devant un médecin aliéniste, membre de la députation scientifique ; un rapport écrit sera rédigé sur un point fixé par l'examinateur à propos d'un des malades. Une heure sera accordée pour la rédaction de ce rapport. *L'épreuve orale* a lieu devant un jury de quatre membres, dont un aliéniste. Elle porte, entre autres matières, sur la psychiatrie au point de vue médico-légal. En cas d'échec à l'épreuve orale, ou à l'épreuve pratique, ou à toutes les deux, ces épreuves pourront être subies de nouveau (mais une fois seulement) après un laps de temps variant de trois à six mois. Ajoutons que des *cours de perfectionnement* sont périodiquement organisés pour ces médecins.

En *Saxe*, les candidats aux emplois de médecin d'arrondissement doivent avoir rempli les fonctions d'interne dans un établissement d'aliénés pendant quatre mois au moins.

Dans le *Grand duché de Bade*, le nouveau règlement de 1896 concernant les *médecins fonctionnaires* exige de ces médecins : 1° la fréquentation de cours de psychiatrie et de médecine légale dans une faculté allemande ; 2° un stage de trois mois, une fois le diplôme obtenu, dans une clinique universitaire psychiatrique du grand-duché, ne recevant pas exclusivement des malades incurables. Le ministre de l'Intérieur a décrété que des *cours de perfectionnement* auraient lieu périodiquement pour les médecins fonctionnaires. Une période d'instruction de 12 jours a eu lieu en 1901 à l'asile d'Illenau : 14 médecins y ont pris part. L'enseignement spécial leur a été donné au moyen de leçons théoriques, de conférences cliniques avec présentation de malades, de visites dans l'asile, d'autopsies, de démonstrations microscopiques. On a insisté sur les questions pratiques d'assistance des aliénés, sur les applications médico-légales, l'hypnotisme. On espère que les périodes d'instruction de ce genre, en mettant ces médecins au courant des questions les plus importantes de la psychiatrie, auront d'excellents résultats.

Dans le *Grand-duché de Hesse*, il y a chaque année, depuis 1898,

un cours de perfectionnement à l'usage des médecins fonctionnaires. Ces leçons, faites à l'université de Giessen, durent de 12 à 14 jours. Un roulement est organisé de façon que chaque médecin puisse suivre ce cours tous les trois ans. Chacun d'eux reçoit une indemnité de 12 fr. 50 par jour ; ses frais de voyage lui sont remboursés. En 1899 il y eut trois séries de cours faits par les professeurs de l'université : 1° hygiène ; 2° anatomie pathologique et médecine légale ; 3° psychiatrie.

En 1902, le gouvernement prussien a décidé de convoquer cinquante médecins fonctionnaires pour assister à une série de cours devant durer trois semaines, et porter sur l'hygiène, la médecine légale, la psychiatrie. Des indemnités de déplacement leur sont accordées.

Stage des médecins des établissements privés. — Le Règlement de 1901 sur l'organisation des établissements privés d'aliénés, d'idiots et d'épileptiques, en Prusse, spécifie qu'en principe on exigera, du médecin-directeur d'un établissement de plus de 300 aliénés, ou d'un établissement de malades curables, un stage de deux années environ comme assistant dans un asile public d'aliénés (non exclusivement réservé aux incurables), ou dans une clinique psychiatrique. Suivant le nombre, le mouvement et la nature des pensionnaires (curables ou incurables), la durée des fonctions d'assistant pourra être réduite à un an.

Stage des médecins de l'armée. — Dans plusieurs cliniques (Berlin, Giessen, etc.) un certain nombre de médecins militaires font un stage en qualité d'internes (assistants ou médecins volontaires). Ewal Stier insiste sur l'importance des connaissances psychiatriques pour les médecins de l'armée, et sur la nécessité de faire une place à la médecine mentale dans les « cours de perfectionnement » que ces médecins sont astreints à suivre périodiquement. Il réclame dans chaque hôpital militaire des aménagements spéciaux pour l'hospitalisation d'urgence des malades les plus agités. Les cas sur lesquels il n'y a pas de doute possible devraient être dirigés sans retard sur un asile d'aliénés. En vue de l'examen des cas douteux et des cas nécessitant une expertise médico-légale, l'hôpital militaire le plus important de chaque corps d'armée devrait posséder, pour les maladies du système nerveux, une section placée sous la direction d'un médecin ayant fait des études de psychiatrie.

Nous verrons qu'en Russie on a pris également des mesures pour assurer l'instruction psychiatrique des médecins de l'armée : ceux-ci peuvent apprendre les maladies mentales dans un asile d'aliénés militaires. Il est d'autant plus regrettable qu'en France rien d'analogue n'existe, qu'il y a près d'un demi-siècle, à l'université française de Strasbourg, le professeur Dagonet avait compris l'importance de ces études pour les médecins militaires appelés à chaque instant à juger l'état mental de jeunes soldats traduits devant les tribunaux : ces cours étaient suivis avec grand profit par les élèves de l'Ecole de santé militaire. Cet exemple a, comme il arrive trop souvent, été suivi à l'étranger (Russie, Alle-

magne), alors qu'en France il était abandonné. « L'Université de Paris, dit M. Picqué, n'a pas compris tout l'intérêt de ces études pour le médecin militaire et n'a pas su profiter des ressources considérables qu'elle avait à sa disposition [1]. »

En résumé, nous voyons qu'en Allemagne l'enseignement des maladies mentales est organisé d'une façon très complète sur les bases suivantes :

Chaire de clinique psychiatrique, avec personnel médical nombreux, dans les vingt universités ;

Stage de six mois, examen oral et épreuve clinique sur les maladies mentales pour tous les étudiants ;

Stage d'un certain nombre de médecins de l'armée dans une clinique psychiatrique ;

Nécessité pour les candidats aux emplois de médecins du gouvernement d'avoir rempli les fonctions d'interne dans un établissement public d'aliénés, de subir des épreuves écrites, orales et cliniques sur les maladies mentales;

Cours de vacances portant sur la psychiatrie et la médecine légale des aliénés ;

Cours de perfectionnement, sur les mêmes matières, organisés par l'Etat pour ses médecins fonctionnaires et experts, pour les médecins militaires;

Nécessité pour les médecins des établissements privés d'avoir rempli les fonctions d'interne dans un asile public pendant deux années.

Italie. — En 1829, Hildebrand, professeur à l'Université de Pavie, présenta, le premier, un projet pour la *création d'une clinique psychiatrique*. En 1848, des démarches furent faites auprès

[1] Au moment de la correction des épreuves, nous avons reçu de M. le Dr Juquelier, ancien chef de clinique à Sainte-Anne, les renseignements suivants sur le stage des médecins de l'armée à Paris. Nous le remercions vivement de sa communication. Depuis deux ans le Directeur de l'Ecole d'application du service de santé militaire au Val-de-Grâce envoie par séries les aides-majors stagiaires de l'asile Sainte-Anne, aux périodes correspondantes aux vacances de la Faculté. Dans le service de l'admission, M. Magnan et M. Simon leur présentent des malades. A la clinique, sous la direction de M. le Professeur Joffroy, MM. Vurpas et Juquelier ont fait à deux reprises des conférences de séméiologie, suivies de présentations cliniques. Enfin, M. Picqué leur a fait quelques leçons sur la chirurgie des aliénés. En août et septembre 1906 deux séries de conférences constituant chacune un cours complet de psychiatrie élémentaire, ont été faites aux aides-majors stagiaires par MM. Simon, Juquelier, Vurpas et Dupouy, leçons théoriques suivies de la présentation d'une série de malades en rapport avec la leçon. Cette tentative de stage psychiatrique des médecins de l'armée est d'autant plus intéressante que ces leçons ont été organisées par MM. Magnan et Joffroy, chacun dans leur service, sur la demande du Directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce, qui a eu le sentiment de l'utilité des connaissances psychiatriques pour les médecins de l'armée. Ajoutons que ce stage reste facultatif ; il convient de le réglementer et de le rendre obligatoire.

M. Régis insiste d'autre part sur ce fait que l'Université de Bordeaux donne aux jeunes médecins de la marine et des colonies un enseignement psychiatrique qui leur est d'autant plus nécessaire qu'ils sont appelés à résoudre au loin, en dehors de tout concours de spécialiste, les graves problèmes de médecine légale que soulève la folie.

du ministre de l'Instruction publique, en vue d'obtenir un enseignement régulier des maladies mentales pour tous les étudiants en médecine. Deux ans après, le projet était réalisé : Bonacossa, médecin de l'asile de Turin, inaugurait le premier cours de psychiatrie clinique en Italie. Cet enseignement fut ensuite rendu obligatoire par une loi.

Tous les étudiants en médecine sont astreints à suivre des leçons théoriques et cliniques en psychiatrie. Dans chacune des universités il y a un professeur titulaire de psychiatrie, qui est parfois aussi professeur de neuropathologie. La durée des études médicales est de six ans ; le stage psychiatrique s'accomplit au cours de la sixième année, quelquefois de la cinquième. Pour obtenir le diplôme de docteur, il faut subir un examen portant, entre autres matières, sur les maladies mentales. En général, les étudiants négligent cependant quelque peu cette branche spéciale de la pathologie, hormis ceux qui se destinent à la carrière des asiles ou à l'étude de la médecine légale.

Il existe en Italie trois asiles d'aliénés qui prennent le nom *d'Istituto psichiatrico* (à Reggio-Emilia, Florence et Naples). Ce sont des cliniques psychiatriques modèles dotées de nombreux laboratoires d'histologie, de psychologie, d'anthropologie, de bactériologie, etc. Les médecins qui désirent suivre la carrière des asiles, ou se consacrer à l'enseignement psychiatrique, peuvent y poursuivre des recherches scientifiques, y développer leur instruction spéciale. Les *medici praticanti* fixes restent en fonctions six mois au moins, avec les attributions de nos internes ; l'asile leur donne le logement et la nourriture. Les *praticanti* temporaires peuvent ne séjourner qu'un mois : ils n'ont droit qu'au logement. Les médecins experts, les médecins de prison sont le plus souvent choisis d'après les titres qu'ils se sont créés dans les asiles ou dans les *instituts psychiatriques* dont il vient d'être question. Il n'y a pas de stage spécial imposé aux médecins des établissements privés.

En Italie, l'exposé des motifs du projet de loi déposé par le ministre de l'Intérieur (1881) spécifie que tous les manicomes, publics ou privés, devront être placés sous la direction d'un médecin qui établira qu'il a exercé la médecine au moins pendant deux ans dans un manicome public : « Comme un apprentissage en matière si importante, dit le ministre, n'aurait lieu le plus souvent qu'au détriment de l'établissement et des malheureux auxquels il est destiné, j'ai cru nécessaire d'établir, comme condition de la nomination, la *condition d'avoir exercé au moins pendant deux années dans un manicome public* ».

En résumé : Stage psychiatrique pour tous les étudiants au cours de la sixième année d'études ;

Epreuve portant sur les maladies mentales dans l'examen de doctorat ;

Choix des médecins-experts et des médecins des prisons en général d'après leurs titres en psychiatrie ;

Telles sont les caractéristiques de la réglementation concernant l'enseignement psychiatrique en Italie.

SUISSE. — Pour pouvoir se présenter aux examens fédéraux de doctorat, il faut avoir suivi un cours pratique de psychiatrie à la clinique d'une université. La plupart des étudiants suivent en outre une série de leçons théoriques sur les maladies mentales.

Le *cours pratique* dure un semestre, à raison de deux séances d'une heure et demie par semaine. Dans ce cours clinique, des aliénés sont présentés aux étudiants, qui sont appelés à les examiner à tour de rôle, sous la direction du professeur.

Le *cours théorique* dure un semestre, à raison d'une leçon de deux heures par semaine. Il y a également des conférences, non obligatoires, de psychiatrie au point de vue médico-légal.

Les candidats au diplôme de docteur doivent subir une épreuve portant sur les maladies mentales. Cette *épreuve* est purement théorique, orale, sans examen de malade; sa durée et de trente minutes. En outre, l'examen de médecine légale peut porter sur des questions médico-légales ayant trait à l'aliénation mentale. Une partie des candidats est ainsi interrogée sur la médecine légale psychiatrique. Chaque candidat doit rédiger un rapport sur un cas médico-légal; la moitié de ces cas sont fournis, à Zurich, par le professeur de psychiatrie; l'autre moitié a trait à des malades atteints d'affections chirurgicales. La proportion des cas attribués à la médecine mentale n'a pas été réglementée par la loi; par suite, elle est susceptible de varier suivant les universités. Les candidats doivent examiner dans l'asile les malades qui leur sont désignés par le sort: ils ont quatre heures pour rédiger leur rapport.

Il n'y a pas encore de loi fédérale sur le régime des aliénés, sur la surveillance des asiles privés; chaque canton a sa législation spéciale. Les médecins de ces derniers établissements ne sont pas mis en demeure de fournir des garanties au point de vue de leurs connaissances en psychiatrie. M. Forel a publié, en 1893, *un projet de loi fédérale sur le régime des aliénés*. Le § 7 exige que « les directeurs-médecins des asiles publics et ceux des établissements privés soumis à une direction médicale qualifiée, soient des médecins aliénistes compétents au point de vue psychiatrique. Ils devront avoir rempli *au moins pendant quatre ans*, soit en Suisse, soit à l'étranger, les fonctions de médecin-adjoint ou d'assistant dans un asile public ou dans un établissement privé soumis à une direction médicale qualifiée ». Pour justifier cette exigence, M. Forel fait remarquer que les sujets atteints de maladies mentales ne sont pas en état de s'occuper eux-mêmes du traitement qui leur convient et que, dans les établissements spéciaux qui leur sont réservés, ils ne sont pas seulement traités au point de vue médical, mais qu'ils sont encore appelés à se soumettre à tout un régime de vie physique et moral. Aussi l'Etat a-t-il le devoir de veiller à ce que des spécialistes compétents et dignes de confiance aient seuls le droit de traiter les malades de cette catégorie. L'homme sain d'esprit peut choisir librement son médecin, et cependant l'Etat exige, même dans ce cas, certaines garanties.

Citons encore le paragraphe 4 du projet de loi de la *Société des*

médecins aliénistes suisses (1895) : « Ne pourront être placés à la tête des asiles d'aliénés de l'Etat que des aliénistes ayant reçu une éducation professionnelle spéciale, c'est-à-dire des médecins qui ont rempli, pendant quatre ans au moins, les fonctions d'adjoint ou d'assistant dans un asile public d'aliénés ou dans d'autres établissements d'aliénés soumis à une direction médicale qualifiée, en Suisse ou à l'étranger. »

En résumé : *stage* d'un semestre dans une clinique universitaire psychiatrique.

Examen psychiatrique théorique d'une demi-heure pour tous les étudiants;

Épreuve de médecine légale psychiatrique, avec examen d'un aliéné, pour une partie des candidats au doctorat (la moitié à Zurich) ; rédaction d'un *rapport médico-légal* pour laquelle il est accordé quatre heures ;

Projet d'exiger des médecins des établissements privés d'avoir rempli durant quatre ans les fonctions de médecin adjoint ou d'assistants dans un établissement d'aliénés ;

Telles sont les règles très sages qui assurent — ou assureront bientôt — en Suisse la compétence des nouvelles générations médicales en matière de psychiatrie.

AUTRICHE. — Pas de stage psychiatrique obligatoire. Une épreuve, théorique et pratique, du troisième examen de doctorat est consacrée aux spécialités suivantes : *Psychiatrie*, neuropathologie, maladies des enfants, dermatologie et syphilis.

L'ordonnance ministérielle du 14 mai 1874 impose au médecin sollicitant l'autorisation de diriger un établissement privé d'aliénés l'obligation de fournir, en psychiatrie, des preuves de son aptitude théorique et pratique à diriger un établissement de ce genre.

HONGRIE. — *Le stage psychiatrique* est obligatoire pour tous les étudiants depuis 1901. Il dure un semestre, à raison de trois heures par semaine. Aux examens, une épreuve spéciale est consacrée soit à la psychiatrie, soit à la dermatologie et aux maladies des enfants. M. Laufenauer damande un examen psychiatrique spécial pour les médecins experts.

BELGIQUE. — Pas d'organisation du stage psychiatrique, ni de diplôme spécial en médecine mentale. Cependant la psychiatrie est mentionnée aux Universités de Bruxelles et de Gand, parmi les épreuves du premier examen de doctorat.

La Société de médecine mentale a voté en 1896 les propositions suivantes : *a)* Organisation et développement de l'enseignement clinique de la psychiatrie dans les quatre universités du pays : *b)* Obligation de suivre cet enseignement par tous les étudiants en médecine ; *c)* Organisation d'asiles cliniques dans les quatre universités et création d'un diplôme spécial de médecine mentale ; *d)* Seuls les titulaires de ce diplôme pourront être nommés médecins des asiles.

En 1902, la Société de médecine mentale a adopté à l'unanimité, sur la proposition de M. le Professeur Francotte, le vœu suivant : « Se ralliant au vœu adopté par le congrès international des étudiants en médecine et des médecins, la Société de médecine mentale de Belgique déclare qu'il y a lieu de souhaiter la création d'un diplôme de docteur spécial en psychiatrie, témoignant de connaissances approfondies, pour les médecins appelés à remplir des fonctions à caractère public, telles que médecin d'asile, médecin de prisons, expert-aliéniste devant les tribunaux. »

Russie. — La première clinique des maladies mentales a été ouverte en 1859. Le stage psychiatrique est obligatoire. Les étudiants sont interrogés sur la psychiatrie en même temps que sur les maladies nerveuses. Le cours de psychiatrie se fait aux étudiants des 8e, 9e et 10e semestres. Le nombre d'heures qu'ils doivent y consacrer est (à Moscou) assez restreint : une par semaine pour les étudiants des 8e et 9e semestres, deux heures pour ceux du 10e semestre. On supplée à cette insuffisance au moyen de cours non obligatoires faits le dimanche : cours théoriques et cours pratiques, avec présentation de malades. En outre de leur présence au cours, les stagiaires sont tenus de s'occuper du traitement des malades, de rédiger les observations : deux d'entre eux sont de service à tour de rôle et passent 24 heures à la clinique. (Vallon et A. Marie). Les élèves de 3e et 4e année assistent aux consultations externes qui ont lieu deux fois par semaine durant deux heures.

Il existe en Russie des asiles spéciaux pour le traitement des *aliénés militaires* (armée et marine). Ces établissements, entre autres avantages, permettent aux médecins de l'armée de se familiariser avec les maladies mentales. L'*Académie militaire de médecine* de Saint-Pétersbourg, destinée surtout (mais non exclusivement) à assurer le recrutement des médecins de l'armée, possède une clinique psychiatrique de 100 lits, dont 80 pour les militaires. Pendant l'année 1897, 115 médecins militaires ont été attachés à l'Académie pour perfectionner leur instruction.

En résumé, en Russie, *stage et examens psychiatriques pour tous les étudiants ;*

Stage psychiatrique pour les médecins de l'armée.

Finlande. — Les étudiants de l'université d'Helsingfors sont tenus, quand ils ont achevé leur stage dans les cliniques ordinaires, et avant de subir les examens de doctorat, de faire un *stage de trois mois dans un établissement d'aliénés.* Durant cette période, ils doivent assister à la visite quatre jours par semaine. De plus, ceux qui désirent devenir médecins en chef d'un hôpital quelconque doivent accomplir un nouveau stage de trois mois ; ils remplissent alors les fonctions de médecin-adjoint.

Danemark. — Le médecin du service d'aliénés de l'hôpital municipal de Copenhague est chargé par l'université de faire des leçons cliniques et théoriques sur les maladies mentales. Les *kandidats* (internes), tant de l'hôpital clinique que de l'hôpital

municipal, doivent accomplir un *stage de quatre mois*, en qualité d'interne dans un asile d'aliénés. Pas d'examen spécial pour la psychiatrie.

SUÈDE. — L'étude de la psychiatrie est obligatoire.

NORVÈGE. — Il n'y a ni stage, ni examen psychiatriques. La société de médecine de Christiania est saisie d'un projet tendant à combler ces lacunes.

ANGLETERRE. — C'est en 1758 que le Dr Battie, médecin de l'asile Saint-Luke, à Londres, fut autorisé, par les administrateurs de cet établissement, à faire des cours cliniques. Après un long intervalle de 84 ans, le Dr Sutherland fit de nouveau des leçons dans le même asile. La même année, le Dr Webster, directeur de Bedlam, recommanda l'enseignement clinique de la psychiatrie : pendant plusieurs années le Dr Morrisson en fut chargé. Enfin, vers le milieu du XIXe siècle, Conolly fit des conférences cliniques à 16 élèves des grands hôpitaux de Londres.

On a, à différentes reprises, demandé que l'enseignement de la pathologie mentale fût rendu obligatoire. Une pétition, signée des professeurs des écoles de médecine, fut présentée, en 1875, au Conseil des examens, dans le but d'autoriser les étudiants à remplacer trois mois de leur stage dans les hôpitaux généraux par un stage de même durée dans les asiles d'aliénés.

Le Dr Eames, président de l'*Association médico-psychologique*, (1885), insiste sur la nécessité de faire une place officielle dans les études médicales à l'enseignement de la psychiatrie (stage de trois mois et examen spécial). Il y a une quinzaine d'années, l'*University of London* a institué un examen pour le titre de « M. D. (*Médical doctor)* en physiologie mentale dans ses rapports avec les maladies mentales ». On exige un *stage de trois mois*. Même réforme de la part du *College of physicians* de Londres et de l'*Université de Victoria*. A l'école de Durham (V. de Fontaubert), le quatrième examen pour le baccalauréat de médecine comprend les maladies mentales et la psychologie médicale; il en est de même à Cambridge pour la deuxième partie du troisième examen.

Quant aux médecins des établissements privés, dès 1859, les *Commissionners* demandaient qu'on exigeât qu'ils établissent leurs aptitudes et leur degré d'expérience pour la garde et le traitement des aliénés, et qu'ils fissent savoir, par certificats et autres témoignages, où et comment ils avaient pu acquérir leur compétence spéciale.

En 1900, l'*Association médico-psychologique* de Grande-Bretagne et d'Irlande, a délégué six de ses membres comme examinateurs pour les épreuves de pathologie mentale dans les écoles de médecine d'Angleterre, d'Écosse et d'Irlande.

ÉCOSSE. — Tous les étudiants sont astreints à accomplir, au cours de leurs deux dernières années d'études, un stage de trois mois dans un service d'aliénés. A Dundee, ils font douze rédactions sur des sujets de médecine mentale pour obtenir le titre de bache-

lier en médecine. A Glascow, ils sont tenus de suivre les cours de médecine mentale. A Édimbourg, le deuxième examen de cinquième année porte sur les maladies mentales; les étudiants suivent, au *Royal Asylum*, des conférences de psychiatrie durant le dernier mois du semestre d'hiver et la plus grande partie de celui d'été. Ils examinent les malades, sont exercés au diagnostic, à la rédaction des certificats, à la thérapeutique (Toulouse, V. de Fontaubert.

IRLANDE. — A l'*Université royale d'Irlande*, chaque étudiant doit produire avant de se présenter à l'examen, un certificat constatant qu'il a suivi au moins 25 leçons de psychiatrie, et qu'il a reçu une instruction clinique. L'examen final porte, pour sa deuxième partie, sur les maladies mentales.

ETATS-UNIS. — Des chaires de pathologie mentale ont été créées, en 1871, sur l'initiative de l'*Association des médecins des asiles*. Hughes (1872) insiste sur la nécessité de donner à la psychiatrie, dans l'enseignement, la place qui lui revient : « La médecine psychologique doit, dit-il, occuper dans la médecine une place aussi importante que celle tenue par le système nerveux dans l'anatomie et la physiologie. » En 1893 l'enseignement était organisé d'une façon régulière dans 60 facultés sur les 144 existantes. A la « Columbia University », de New-York, M. Allen Star fait, une fois par semaine, durant cinq mois, un cours théorique sur les maladies nerveuses et mentales. Ce cours, qui s'adresse aux étudiants de troisième et quatrième années, est complet en deux ans. En outre, le professeur fait, durant toute l'année scolaire, une fois par semaine, une leçon clinique à la *Vanderbilt Clinic*. Les étudiants, divisés en petits groupes, sont exercés individuellement à l'examen des malades. A la fin de la troisième année ils doivent passer un examen écrit sur un sujet de neurologie. De même à la fin de la quatrième année. A l'université de Baltimore, tous les élèves de troisième année sont obligés de suivre la consultation neurologique, d'apprendre la pathologie mentale et de suivre des cours de médecine légale des aliénés (Guillain).

En résumé, dans la plupart des pays d'Europe, dans ceux surtout où l'organisation de l'enseignement médical est le plus perfectionné, on n'a pas cru pouvoir laisser de côté comme une quantité négligeable l'enseignement théorique et clinique de la psychiatrie, non plus que la sanction destinée à consacrer la nécessité de cet enseignement pour tous les étudiants. En Allemagne, en Suisse, en Russie, en Italie, en Autriche, en Hongrie, en Suède, en Écosse, dans ces différents pays, l'enseignement des maladies mentales est obligatoire pour tous les étudiants. Il a pour sanction un stage de psychiatrie et un examen, clinique ou oral, portant sur les maladies mentales. Nous n'avons que trop tardé en France à suivre cet exemple, et c'est le pays où l'enseignement des maladies mentales a pris naissance, celui où il a été illustré par des maîtres incontestés, qui arrivera le dernier, ou à peu près, dans la règlementation de cet enseignement.

Projet d'organisation du stage psychiatrique. — Afin que les générations médicales futures soient mieux préparées au rôle qui leur incombe, il est nécessaire de rendre le *stage psychiatrique obligatoire pour tous les étudiants* avec, pour sanction, une *épreuve, clinique* ou *orale*, portant sur la médecine mentale et la médecine légale des aliénés.

Le stage serait accompli au cours de la dernière année d'études. Au point de vue de sa *durée*, deux questions, complètement indépendantes l'une de l'autre, se posent :

1° Quel doit être le *nombre des journées* de stage, des *présences* à la clinique psychiatrique ?

2° Sur quel laps de temps (deux mois, trois mois, six mois) doit être réparti le nombre, quel qu'il soit, des présences ?

Nombre des journées de stage. — Il nous semble que 24 leçons de deux heures chacune, seraient suffisantes pour donner aux élèves une idée sommaire des formes les plus importantes de la pathologie mentale.

Durée du stage. — Au point de vue de la répartition des jours de stage, nous attachons une importance capitale à ce que ceux-ci soient répartis sur le laps de temps le plus long possible, soit *six mois*, avec une leçon par semaine. Il est loin d'être indifférent, en effet, que, le nombre des journées de présence restant le même, le stage dure un mois (avec six présences par semaine), ou six mois avec une présence par semaine. En raison de la longue durée de la plupart des psychoses, même aiguës, un stage de six mois permettra, en effet, aux élèves d'assister à l'évolution complète et à la guérison d'un grand nombre de formes aiguës ; au contraire, un stage d'un mois ne les mettrait à même que dans des cas exceptionnels, de suivre la maladie du début à sa terminaison. (Rappelons que les 2/3 des malades admis dans les cliniques universitaires sont mis en liberté dans un laps de temps qui varie de 4 à 5 mois).

Comme sanction du stage il suffirait de spécifier que les candidats au 5me examen (clinique interne) pourraient être appelés à examiner un malade atteint d'une affection mentale.

Pour certaines catégories de médecins, un stage plus prolongé (dans certains cas en qualité d'interne), des épreuves cliniques spéciales seraient nécessaires (*médecins des asiles privés* et *médecins experts*).

Les *médecins de l'armée* et de la *marine*, ceux des *établissements pénitentiaires*, les *médecins inspecteurs des aliénés* devraient, eux aussi, faire un stage spécial. (Ce stage serait facile à organiser à Sainte-Anne et à Charenton pour les élèves du Val-de-Grâce) [1].

[1] Pour plus amples détails sur la question de l'enseignement des maladies mentales en France et à l'étranger, nous renvoyons à notre volume, *l'Assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse* (Paris, imprimerie municipale, 1903), pages 350-417) et à l'article de M. Régis : *Les délirants des hôpitaux. Leur assistance. Leur utilité au point de vue de l'enseignement* (*Presse médicale*, 12 sept. 1903).

Enfin, les divers services des établissements d'aliénés situés dans les villes universitaires devraient, comme les autres services hospitaliers, être utilisés pour le stage scolaire des étudiants (stage de trois mois). Par exemple, à Paris, l'asile Sainte-Anne et l'Infirmerie spéciale recevraient des stagiaires.

OBSERVATION

DÉLIRE CONJUGAL AVEC HALLUCINATIONS DES DEUX SUJETS ; VISIONS COLORÉES SPONTANÉES ET COMMANDÉES DE L'UN DES ÉLÉMENTS,

Par Roger Dupouy

Chef de clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris

Le 7 mai 1904 entraient au Bureau d'Admission de l'Asile-Clinique deux malades, le mari et la femme, avec les certificats suivants de M. le Dr Garnier.

V., Jean-Marie, âgé de 64 ans ; « Dégénérescence mentale. Délire à deux dans lequel le mari représente l'élément actif. Théomanie. Hallucinations surtout visuelles. Apparitions colorées symboliques, le jaune, le bleu, etc. représentant telle ou telle manifestation divine. Venu à pied de la Bretagne à Paris en compagnie de sa femme qu'il traînait véritablement après lui, en lui déclarant qu'il fallait marcher, que Dieu le voulait. Il croit être le fils de Dieu et il apparaît sous la couleur rouge. »

J., Françoise-Jeanne, âgée de 64 ans : « Débilité mentale. Folie à deux dans laquelle elle représente l'élément passif. Théomanie communiquée par le mari. Hallucinations visuelles. Apparitions colorées symboliques ; telle couleur représente Dieu le Père ; telle autre signifie la présence de Dieu le Fils, etc. Venue à Paris à pied sur l'injonction de son mari. A été ramassée au moment où elle tombait de fatigue. »

A l'entrée, V. se montre très exalté ; il parle avec une extrême volubilité et affiche immédiatement un délire ambitieux et mystique alimenté par des hallucinations et sur lequel, accessoirement, se sont greffées des idées de persécution engendrées par son internement.

« Vous me faites mettre dans la boue, nous dit-il ; vous jetez le Bon Dieu dans le fumier. Votre intention est de me faire mourir. Je suis le Fils du Dieu vivant. Il me l'a fait connaître par ses inspirations, des extases d'absence, puis l'image miraculeuse... C'est par les couleurs que me viennent les ordres. »

J., au contraire, se présente sous des dehors plutôt mélancoliques. Elle ne sait pas lire et ne comprend pas grand chose à ce qui lui arrive. Elle est aveugle et se lamente sur sa situation, ses tourments, ses malheurs...

Elle a subi trop de tourments et de misères ; depuis 5 à 6 ans, elle souffre de rhumatismes ; « mais ce qui la gêne plus que les rhumatismes, c'est la Passion de Notre Seigneur qu'elle a sur les mains. » Elle voit toutes sortes de couleurs, des têtes noires, des têtes de diable, des docteurs de la Loi qui ont jugé Notre Seigneur et qui brûlent en enfer.

En conséquence, M. le Dr Simon rédige les deux certificats immédiats qui suivent :

« Dégénérescence mentale avec idées mystiques et de persécution. Il est le fils de Dieu ; on va le faire mourir ; interprétations délirantes multiples ; hallucinations, loquacité et exaltation. Ce malade a communiqué son délire à sa femme et l'a contrainte à venir de Nantes à Paris en lui disant que telle était la volonté divine. »

« Débilité mentale avec idées mystiques, interprétations délirantes et hallucinations visuelles. »

* * *

Voici donc un couple délirant pareillement. Les deux conjoints présentent des interprétations semblables, des hallucinations analogues. C'est là un fait assez rare. Dans les cas de délire communiqué l'élément passif accepte généralement les interprétations de l'élément actif en les modifiant plus ou moins, mais ne possède point ses hallucinations.

Bien qu'il existe dans notre observation des hallucinations commandées et peut-être même transmises par persuasion, disons tout de suite qu'il ne s'agit point, à proprement parler, de contagion hallucinatoire, catégoriquement niée par Vigouroux et Juquelier dans leur livre sur la Contagion Mentale, mais de délire imposé par l'élément actif, interprétatif et halluciné, à l'élément passif, sujet débile et depuis longtemps déjà halluciné lui aussi. Les deux associés mettent dès lors en commun leurs interprétations délirantes et leurs troubles sensoriels, puisant à même dans leur lot personnel ou dans celui de leur compagnon pour élaborer en fin de compte le thème délirant qu'ils partagent intégralement l'un et l'autre.

Nous allons essayer de montrer la part respective qui revient à chacun dans ce commun délire, l'influence réciproque du mari et de la femme, en insistant sur le point intéressant de la production commandée des hallucinations.

V. est le fils d'un laboureur entaché d'un certain degré d'alcoolisme et d'idées religieuses très accusées. Il compte, d'ailleurs, plusieurs prêtres dans sa famille, mais il ne semble pas qu'il y ait eu de véritable aliéné. Lui même avoue des habitudes alcooliques anciennes. Il exerçait dans un petit village des environs de Nantes le métier de tonnelier qu'il a abandonné en 1900 pour vivre tranquillement du produit de quelques petites rentes. Lors de son mariage, à 35 ans, il était déjà sujet à des hallucinations visuelles et auditives revêtant un caractère mystique. Il voyait le Bon Dieu tout le temps et l'entendait lui parler, lui donner des ordres. Il priait constamment, même en faisant son travail, et est arrivé fina-

lement à se croire possédé par Dieu, et chargé par lui d'une haute mission.

Les idées de grandeur se développent à mesure que le délire progresse. Il est le Fils de Dieu ; il est éternel, infaillible, indispensable à l'Humanité et doit, envers elle, remplir le rôle de justicier. « C'est moi qui suis Jésus Christ. Je l'ai remplacé. Je suis en mon Père et mon Père est en moi. Je suis de toute éternité. C'est Dieu qui m'a choisi. J'avais demandé la conversion de tous les pécheurs et il m'a trouvé propice pour cela. Pour les individus que j'ai condamnés, il faut que cela soit fait ; moi, je ne me trompe jamais, car je dis toujours la vérité. Vous ne pouvez rien faire sans moi. »

Sous l'empire d'hallucinations impératives, il est venu à Paris, pour s'installer à Montmartre, à l'Evêché, « comme grand homme » Il voulait que Mgr Richard les recueille et s'occupe de leur trouver une maison ; il lui avait écrit en conséquence. Ensuite il irait à Rome, auprès du Pape.

Durant les divers examens auxquels nous l'avons soumis et au cours desquels il se montre toujours très exalté et extrêmement verbeux, il s'insurge contre son internement qu'il qualifie d'arrestation et de persécution, prononce des paroles sacramentelles, nous défie et nous menace de châtiments terribles.

« Je ne serais pas Dieu si j'avais peur de vous parler. Si je ne me retenais pas, vous passeriez à la chaudière ce soir. »

Tel est le délire de V., mystique et ambiteux, enrichi de nombreuses hallucinations. Passons maintenant à l'étude de J. Elle est plus affaiblie que son mari, tant au point de vue physique qu'au point de vue intellectuel. Elle est désorientée dans le temps comme dans l'espace. Sa mémoire est défectueuse.

Depuis bien longtemps, depuis toujours pour ainsi dire, elle a des hallucinations verbales kinesthésiques simples, conseillères et impératives. Dès l'âge de 4 ans, Dieu lui commande par l'intermédiaire d'une voix intérieure partant du fond de son cœur. Elle ne l'entendait généralement qu'à l'église. Parfois cependant elle le *sentait* lui parler au cours de son travail dans les champs, de ses pérégrinations quotidiennes par les chemins, principalement quand il faisait mauvais temps. Sa voix intérieure lui disait : « Va, ma fille, prends courage... Ne te décourage pas... Malgré tes tourments et tes peines, sois tranquille... »

Elle se marie en 1869 avec V., déjà délirant et halluciné comme nous l'avons vu. Peu de temps après son mariage, elle fait un avortement de 6 semaines et n'a pas, depuis lors, de nouvelle grossesse.

Tous deux, fervents de l'église, s'y rendent fréquemment, et y sont sujets à des hallucinations verbales divines, lui auditives, elle motrices. Dieu parlait dans son propre cœur comme il parlait à l'oreille de son mari. Elle croyait à la réalité des hallucinations auditives verbales de ce dernier bien que n'en ayant pas elle-même Elle n'a jamais entendu ce que Dieu disait à V., et en paraît même quelque peu surprise et dépitée.

Elle se laisse donc facilement influencer par V., et épouse son

délire mystique et ambitieux tout en y mettant une note personnelle. Au lieu d'être comme lui vaniteuse et exaltée, elle se laisse aller à la mélancolie et à la dépression, — d'autant que, depuis quelques années, l'involution sénile s'est fait sentir chez elle, déterminant un certain degré d'insomnie, des palpitations, des étourdissements, etc. —. Elle accepte la croyance à la Divinité de son mari et à sa mission. « Nous étions trois (eux deux et Jésus-Christ), nous dit-elle, pour former la nouvelle Eglise, l'Eglise de Rome. Nous sommes trois qui portons les péchés de la terre, de tout le monde. C'est bien pour cela que je suis malade. Tant que je n'aurai pas accompli ma mission, je le serai. Je Lui ai demandé d'être brisée, hachée par morceaux, à seule fin de ne pas offenser le Bon Dieu... C-est lui, (mon mari) qui m'a dit que j'avais une mission, que nous portions tous les péchés du monde. C'est le Bon Dieu qui l'a dit à mon mari. »

Cependant, sa vue baisse progressivement, sous l'influence d'une double cataracte. D'abord seulement indistincte, elle finit par s'éteindre à peu près complètement 3 semaines avant Pâques, 7 semaines avant son internement. Cette complication va fournir de nouveaux éléments au délire conjugal, en même temps qu'elle soumettra encore plus entièrement J. à la domination de son mari.

Tout en ayant la plus grande confiance en leur mission divine, J. avait conservé un certain sens pratique qui avait totalement disparu chez son mari. Aussi cherchait-elle à le détourner de venir à Paris. Elle craignait « les ennuis et les dépenses du voyage », et pensait bien qu'ils ne réussiraient pas et « qu'il se trouverait tout nigaud à Paris. » Elle lui a résisté tant qu'elle a vu clair ; mais, depuis qu'elle est aveugle, elle écoute docilement tout ce qu'il lui dit et lui obéit servilement de peur de le contrarier. Aussi l'idée fixe de son mari de venir à Paris s'est-elle à son tour implantée inconsciemment dans son cerveau et l'hallucination verbale motrice impérative est venue : sa voix intérieure divine lui a commandé de partir avec V.

Puis, son cerveau, constamment et activement travaillé par le délire mystique sans cesse croissant de V., a fait éclore, à mesure que sa vue se troublait et s'éteignait, des images hallucinatoires. Dans les temps de la Passion (un mois environ avant son internement), elle a vu « le Diable tout noir avec des gros yeux, les mains sur son menton. »Elle a bien pu, nous dit-elle, le chasser ; elle est allée se confesser et il n'est pas revenu ; elle n'en avait pas peur. Elle a vu une autre fois Notre Seigneur avec sa couronne et pleurant des larmes de sang.

Enfin des visions colorées sont apparues, des brouillards informes de différentes couleurs et mouvants. Nous ne pensons point qu'il s'agisse de véritables visions colorées (érythropsie, chloropsie, xanthopsie), mais plutôt de perceptions colorées subjectives, c'est-à-dire d'hallucinations colorées.

Au début elle les interprète naturellement comme étant la cause de sa cécité. Ce sont ces couleurs qui l'ont aveuglée. Mais, s'ouvrant de leur existence à son mari, celui-ci les interprète à son

tour différemment et dans le sens de son délire. A ce moment, il y avait déjà 8 jours qu'il avait commencé ses prières en vue de la mission qu'il devait remplir à Paris. Il déclare que chaque couleur a une représentation ou une signification spéciale. Le rouge, c'est Dieu le Père, le jaune représente Notre Seigneur Jésus-Christ, le bleu, la Sainte Vierge, etc.

« Il disait comme cela que cela représentait le Père Eternel... Il arrangeait tout cela à son idée. Moi je veux bien le croire. Il me disait beaucoup de reproches si je ne disais pas comme lui... Les couleurs, pour moi, ça ne voulait rien dire ; je croyais que c'était la faiblesse. Il me disait que cela offenserait le Bon Dieu si je ne disais pas comme lui. »

Elle accepte donc cette interprétation et finit par y croire complètement, de même qu'elle croit à la réalité des hallucinations de son mari. « Quand mon homme s'est mis à écrire (il s'agit des lettres adressées à Mgr. Richard), il s'est formé un cœur, une tête et une croix sur sa main. »

— L'avez-vous vu ?

— « Non, c'est lui qui l'a vu. Je le crois bien, puisque c'est lui qui me l'a dit. »

Mais, fait des plus curieux, non seulement elle est convaincue que son mari « voit » réellement, elle se laisse encore suggestionner par lui et « voit » à son tour. « C'est lui qui le premier a vu, moi, j'ai vu après. »

Enfin, sur l'ordre de son mari, elle a des visions colorées. Elle voit telle ou telle couleur sur son injonction. « Vois rouge » disait-il. Elle restait immobile quelques instants, puis : « Je vois » répondait-elle ; tous deux alors déliraient de concert.

* * *

Lorsque nous l'examinons nous-même, dans le courant de mai 1904, la perception visuelle des objets est entièrement supprimée. Elle ne voit « qu'un brouillard devant les yeux ; il est jaunasse un peu. »

Elle est en revanche hallucinée. « Je vois le Diable, nous dit-elle ; je vois ses yeux ; je vois la tête des Docteurs de la Loi, les têtes noires qui ont jugé Notre Seigneur. Ce sont eux qui me tourmentent le plus, Ils me rendent malade. Je vois une main, des anges, une couronne... La main, ce n'est qu'une vision ; je ne peux pas la prendre ; la couronne, j'y toucherais bien, mais j'y touche t-y ? Ce n'est point dur. Je vois bien l'endroit, mais je ne la sens pas. »

Elle n'a point, à ce moment, de troubles de la sensibilité générale, d'hallucinations tactiles ; elle *voit*, elle ne *sent* pas. Or, si nous insistons, ces dernières vont apparaître. Nous prétendons, nous aussi, voir cette main et cette couronne, et nous ajoutons que la main la touche et que la couronne repose sur son front. Aussitôt, de se recueillir quelques secondes et de répondre : « Oui, oui, je la sens (la main). Elle me touche, me frôle, ça me frotte un peu... » Quand à la couronne, après avoir passé ses doigts sur son front, elle

déclare la sentir... « c'est une couronne en fer ; il y a de petites boules dessus. »

Un autre jour, nous lui disons : le Diable est là.

Elle le voit immédiatement.

— Lancez lui une gifle.

Elle fait instantanément le geste demandé.

— Qu'est-ce qu'il dit ?

— « Je n'entends rien, mais je sens bien qu'il me travaille dans le corps, Il me fait de la misère, des fourmillements qu'il me fait venir. »

— Vous ne voulez pas faire un petit effort pour vous débarrasser de tout cela ?

— « Je m'en débarrasserai pas qu'à la mort. Jamais je m'en guérirai. »

J. a donc, à n'en pas douter, des hallucinations commandées. Devons nous admettre, en leur faveur, le terme de *contagion* ?

Nous ne le croyons pas, et voici pourquoi.

L'hallucination apparaît bien au commandement, mais c'est toujours une image qui s'est présentée antérieurement de façon toute spontanée. C'est parce que J. a eu déjà des hallucinations visuelles colorées, c'est parce que déjà des têtes de diable ou des couronnes lui sont apparues, qu'elle peut voir rouge sur l'injonction de V., ou apercevoir ces dernières images à son commandement ou au nôtre. L'hallucination est rappelée par suggestion, par persuasion et non créée de toutes pièces. Le souvenir de la vision évoque cette dernière, de même que celui d'une émotion peut faire renaître cette émotion. C'est un fait bien connu, bien banal, de faire revivre l'angoisse, la peur, la joie déjà éprouvées en ressuscitant leur souvenir.

Dans le cas qui nous occupe, il y a donc rappel de l'hallucination et évocation suggérée, non pas *contagion*. Et, ce qui nous autorise encore à penser de la sorte, c'est que ni son mari, ni nous-même, n'avons pu obtenir d'elle une hallucination qu'elle n'ait jamais eue antérieurement. V. a eu fréquemment devant elle des hallucinations visuelles qui lui étaient propres (images de Dieu, du Christ, de la Vierge...), des hallucinations auditives. Il est arrivé à lui faire admettre leur réalité, mais il n'a pas pu, malgré toute son insistance, lui faire partager leur existence. « Il lui parlait (à Dieu), nous déclare-t-elle, parce qu'il se croyait le fils de Dieu. Le Bon Dieu lui commandait de donner des souffrances à des personnes qui les méritaient « mais Il ne m'a jamais parlé. » Nous avons dit, d'ailleurs, qu'elle se montrait quelque peu étonnée de cette exclusivité.

J. nous a affirmé catégoriquement n'avoir jamais vu les personnages que voyait son mari. « Je n'ai jamais vu Dieu, sinon sous une couleur rouge, depuis 5 à 6 semaines. »

De même elle n'a jamais eu de voix autre que sa voix intérieure qu'elle *sent* plutôt qu'elle n'entend, depuis l'âge de 4 ans.

Enfin, nos multiples tentatives pour lui faire entendre la voix du Diable dont l'image hallucinatoire est devant elle ont toujours

échoué. Nous n'avons pu produire que des hallucinations tactiles, combinées avec l'hallucination visuelle, auxquelles peut encore d'ailleurs, s'appliquer notre raisonnement. En supposant même que nous soyons véritablement parvenu à déterminer une hallucination nouvelle, cette dernière ne serait que d'importance toute secondaire, car elle concernerait non l'existence de l'objet hallucinatoire, mais seulement une de ses qualités contingentes.

Reste maintenant à expliquer ces paroles de V. : « C'est par les couleurs que me viennent les ordres », paroles qui pourraient laisser supposer qu'il s'est contagionné à J. et a eu lui aussi des hallucinations colorées. En l'interrogeant à plusieurs reprises, nous avons pu nous rendre compte qu'en réalité V. ne voyait pas de couleurs. Il voyait seulement des images divines et les entendait lui parler. Quand sa femme eut les hallucinations colorées, il ne douta pas un instant de leur existence et les interpréta à sa manière, telle couleur, par exemple, représentant le Père Eternel... Il associa ses hallucinations auditives personnelles aux hallucinations visuelles de J, au point de ne plus les séparer. « Le jaune, nous avoua-t-il un jour, c'était le Père Eternel, c'est *elle qui le voyait.* C'était le Bon Dieu qui *me le disait.* »

Les visions colorées de J. furent pour lui un prétexte nouveau à délirer et un stimulant énergique de ses propres hallucinations visuelles et auditives, mais elle ne purent jamais se produire chez lui. La contagion de l'hallucination, comme le soutiennent Vigouroux et Juquelier, est donc encore à démontrer.

LES CONGRÈS

CONGRÈS ALLEMAND DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

(Würzbourg, 18-21 avril).

Le IIe Congrès de la Société allemande de psychologie expérimentale s'est tenu du 18 au 21 avril 1906, à Würzbourg, sous la présidence du professeur G.-E. Müller, avec le concours d'environ 200 psychologues, affluence plus nombreuse qu'au Ier Congrès, de Giesen. Disons dès maintenant qu'un IIIe Congrès aura lieu en 1908 (22-25 avril), à Francfort-sur-le-Main.

Cette fois, des rapports avaient été demandés à quelques savants sur les questions pour lesquelles ils étaient le plus compétents.

M. Külpe a exposé où en était l'*état actuel de l'esthétique expérimentale;* il a divisé les recherches suivant que la méthode reposait sur l'impression (Eindruck), la formation (Herstellung) ou l'expression (Ausdruck). Les résultats obtenus l'ont été surtout, récemment, dans les Laboratoires américains. De ces travaux, Külpe conclut que la valeur esthétique ne repose pas sur une

appréciation purement subjective, mais qu'elle possède, dans une certaine mesure un fondement objectif.

M. SOMMER a examiné les *rapports de la psychiatrie et de la psychologie individuelle.* Il a montré quelles étaient les méthodes essentielles de la psychopathologie, et conclu qu'il était nécessaire d'instituer un système uniforme de tests, afin de pouvoir comparer entre eux les cas normaux et les cas pathologiques.

M. KRUEGER a consacré son rapport aux *relations de la phonétique et de la psychologie*, montrant, en particulier, avec des tracés des modulations de la voix, combien la même syllabe peut représenter de sons différents, non seulement suivant la nationalité, mais suivant l'état effectif, suivant même les nuances de la pensée.

M. WEYGANDT a étudié, dans un rapport très complet, la question de *l'examen psychologique des enfants faibles d'esprit*, des débiles.

M. SCHUMANN a lu un rapport sur la *psychologie de la lecture* sur laquelle il a fait d'importants travaux, au moyen de la tachistocopie, en présentant à la vue des lettres plus ou moins nombreuses appartenant à des mots, pendant une durée déterminée.

Parmi les communications, on peut citer celle de M. KRUEGER qui a présenté un intéressant *appareil pour l'enregistrement des vibrations du larynx.* — M. STUMPF a lu un important travail sur *les sensations affectives* (Gefühlsempfindungen), où il montre qu'on peut avoir du plaisir et de la douleur trois conceptions différentes, suivant qu'on y voit des tonalités affectives comme qualité de la sensation, ou des éléments particuliers et indépendants de la conscience, pouvant s'associer à des sensations, ou enfin des sensations proprement dites, d'une nature particulière, tout comme les odeurs, les saveurs, etc., dernière conception adoptée par l'auteur. — M. DÜRR a étudié, au moyen du temps de réaction, *l'association et l'action volontaire ;* ses résultats, confirmés dans une étude analogue par M. ACH, contredisent absolument l'opinion générale, d'après laquelle le parti finalement victorieux qui emporte la décision est le plus agréable ou le moins désagréable ; il fait appel à la conscience de soi (Selbstbewusstseins). — M. BÜHLER discute l'*analyse expérimentale du processus de la pensée*, et, comme Binet, conclut que les éléments réels de la pensée ne sont pas des images affaiblies, mais réellement des idées (Bewusstheiten). — M. MESSER a employé les temps de réaction à une *étude expérimentale de la pensée*, et en particulier du jugement. — M. WIRTH, de Leipzig, a examiné *l'attention suivant différents sens*, vue, ouïe et toucher. — M. SPECHT a obtenu des résultats inattendus concernant la *dissociation du seuil différentiel et du seuil absolu de la sensibilité sous l'influence de l'alcool* ; il y a, en effet, sous l'influence de cet excitant, augmentation du pouvoir d'entendre les sons les plus faibles, et diminution de la faculté de différencier deux sons d'intensité voisine. — M. RUPP a analysé, au moyen des temps de réaction, *la localisation des excitations tactiles des doigts* à deux points de vue : la localisation spatiale, et l'attribution à un

doigt déterminé ; le premier procédé est le plus rapide, tous deux peuvent donner des résultats contradictoires pour certaines positions des doigts inhabituelles, avec allongement des temps de réaction, et attribution de la sensation à un autre doigt que le doigt excité. — M. LINKE démontre que l'*effet stroboscopique* n'est pas dû à des images consécutives, mais à des causes de nature intellectuelle. — M. VERAGUTH a mis en évidence *l'influence des processus mentaux sur un courant électrique passant à travers le corps*, ce qu'il considère comme un réflexe galvanique psychologique et que M. SOMMER montre être dû en réalité à des modifications physiologiques secondaires, produites par les phénomènes mentaux, en particulier des modifications de la pression sanguine et de la sécrétion sudorale. — M. MARBE, de Francfort, présente un dispositif ingénieux et pratique pour provoquer des *excitations optiques rapides*, grâce à des raies de lumière, de la rapidité, de l'intensité et de la couleur que l'on veut, à côté d'une autre raie permanente. — M. EBBINGHAUS montre *un appareil de contrôle des chronoscopes*.

D'autres communications sont encore faites par MM. JÉRUSALEM, de Vienne, sur *le souvenir et l'oubli ;* PFEIFFER, de Würzbourg, sur une *méthode de détermination de types qualitatifs dans les travaux scolaires ;* WITASEK, de Gratz, sur les *méthodes de mesure de la mémoire ;* LIPMANN, de Berlin, sur *l'effet des questions de nature suggestionnante* ; ASHER, de Berne, sur *la loi des énergies spécifiques sensorielles ;* DETLESSEN, de Wismar, sur les *valeurs colorées et la mesure des couleurs ;* HUGHES, sur *les états affectifs isolés ;* SCHULTZE, de Würsbourg, sur *les effets d'accentuation* (Wirkungsaczente) ; VON ASTER, de Munich, sur *la troisième dimension de l'espace visuel*, et KOBYLECKI, de Cracovie, sur *les expériences psychologiques sans introspection*.

Enfin, il y avait, bien que la langue allemande fût naturellement obligatoire au Congrès, deux savants de langue française qui participèrent à ses travaux, M. CLAPARÈDE, de Genève, et M. DECROLY, de Bruxelles, qui fit une communication sur *l'emploi des tests anthropométriques et psychologiques chez les enfants.* PIÉRON.

REVUE DES LIVRES

Éléments de médecine mentale appliqués à l'étude du Droit. — (*Cours professé à la Faculté de Droit en 1905*, par le Dr LEGRAIN. Préface de M. le Dr GARCON). 1 vol. Arthur Rousseau, éditeur. Paris 1906).

Dès 1887, M. le Dr Dubuisson, médecin de l'Asile Ste-Anne avait eu l'heureuse initiative d'introduire à la Faculté de Droit l'étude de la médecine mentale. Convaincu de l'énorme intérêt qu'il y a pour les futurs magistrats et légistes d'être mis au courant des choses de la psychiatrie, le Dr LEGRAIN fit cette année, à la Faculté de Droit, un cours libre de douze leçons dans lesquelles il passe en revue tous les éléments de la médecine mentale et discute les

importants problèmes que soulèvent en médecine légale les théories philosophiques modernes. Ce sont ces intéressantes leçons qu'il a réunies dans un volume que les médecins et les légistes liront et consulteront avec fruit.

Dans la lutte contre le mal criminel, la criminologie positive doit s'appuyer à la fois sur le droit pénal, la médecine légale et surtout la psychologie pathologique. Ces sciences doivent cesser d'être distinctes et séparées, elles doivent s'allier et se prêter un mutuel appui.

La réaction antisociale qui constitue le crime ou le délit ne doit plus être considérée comme une abstraction, comme une entité; il importe également d'étudier le criminel dans ses caractères psycho-physiques et biologiques; or, le criminel et l'aliéné ont souvent des points communs, l'origine dégénérative par exemple, qui est pour eux comme un lien de famille et l'observation montre qu'à côté de l'homme dit normal et responsable il y a « des êtres qui forment, vus dans leur ensemble, une sorte d'échelle graduée allant de l'aliéné au criminel en passant par l'aliéné criminel et le criminel aliéné. »

L'étude de la psychologie de l'aliéné est donc particulièrement intéressante parce qu'elle nous permet de mieux comprendre la psychologie normale; l'étude du crime de l'aliéné sera de la plus grande utilité, car la constatation des mobiles pathologiques qui l'ont poussé à l'acte pourra servir à éclairer la genèse des actes criminels chez les normaux.

S'appuyant sur des faits cliniques et sur les observations d'aliénés de son service, le Dr Legrain aborde l'*étude de la personnalité*. Il montre d'abord comment elle se constitue par l'emmagasinement des données sensorielles, les associations et la synthèse de celles-ci, comment les idées se forment, comment la vivacité relative des représentations mentales donne naissance à l'état normal ou à l'état de rêve; puis il indique comment l'extériorisation de ces sensations constitutives de la personnalité produit des hallucinations conscientes ou inconscientes, parfois impératives et provocatrices d'actes criminels.

La personnalité évolue en se transformant et en se compliquant de plus en plus, et elle aboutit, pour quelques-uns, à la systématisation, pour d'autres à la généralisation ; mais toujours sous l'influence du milieu social ou sous l'influence des causes pathologiques, par suite du renouvellement incessant du bagage sensoriel, elle est susceptible d'évoluer et de se modifier.

L'étude du délire des persécutions à évolution progressive et systématique est une preuve manifeste de cette transformation de la personnalité. Les persécutés persécuteurs deviennent souvent criminels.

A côté des délires à évolution lente et continue, il existe des *délires à éclipse*, dans lesquels des états délirants identiques surviennent chez un sujet à des périodes de plusieurs années d'intervalle. Dans les périodes intercalaires les idées délirantes dorment dans le sub-conscient.

S'il y a des délires à éclipse, il y a également des *délits à éclipse*, tel l'acte de l'exhibitionniste se répétant identique à lui-même à de longs intervalles.

L'*intoxication alcoolique* provoque de nombreux crimes ou délits : actes impulsifs, passionnels et automatiques, soit dans la période aiguë (ivresse) soit dans la forme chronique (délire hallucinatoire, délire de jalousie).

Le Dr Legrain fait une étude très complète de l'influence désastreuse de l'alcoolisme sur la criminalité et insiste tout particulièrement sur le récidivisme des buveurs d'habitude qui commettent les mêmes délits sous l'influence des mêmes excès. Ces buveurs que la loi ne permet pas de garder à l'Asile alternent entre la prison et l'Asile.

Pour ces sujets véritables malades, l'auteur demande la création d'*asiles de sûreté*, où pourraient être retenus tous les buveurs aptes à récidiver.

L'*absinthisme*, comme l'*épilepsie*, provoque de l'automatisme et produit des criminels tout spécialement dangereux, impulsifs et inconscients.

Plus loin, le Dr Legrain étudie les *dislocations de la personnalité*, il décrit les automatismes avec conscience, les dédoublements de la personnalité, les obsessions et les impulsions : la kleptomanie, etc., puis la moralité, la folie morale et la suggestibilité.

Enfin il montre comment la *personnalité se désagrège* dans les affaiblissements intellectuels, qui laissent les malades, sans résistance, devant toutes les tentations et les suggestions et les font devenir criminels.

De cette étude qui montre la complexité et l'instabilité de la personnalité, la possibilité pour la conscience de se dédoubler, de s'évanouir même momentanément, l'auteur conclut qu'il doit résulter une diminution du concept liberté morale ; souvent le crime ou le délit est le résultat de l'automatisme conscient ou inconscient.

D'autre part, il faut concevoir des responsabilités sociales à côté des responsabilités individuelles et celles-ci ne sont complètes qu'autant que l'enquête a montré la profonde indépendance de l'inculpé des facteurs susceptibles de troubler sa liberté.

Le Dr Legrain fait le procès des *responsabilités atténuées :* l'individu est normal, responsable et punissable, ou il est malade, irresponsable et doit être traité. Pour les délinquants considérés actuellement comme ayant une responsabilité atténuée, dont les mœurs antisociales sont reconnues, il faut non une peine, mais un traitement, qui sera appliqué, pour un temps non déterminé, dans des établissements spéciaux, où ils seront *retenus* et non *détenus*.

A. VIGOUROUX.

Diagnostic différentiel de la mélancolie et de la démence hébéphrénique spécialement chez les soldats, par Th. ZIEHEN (*Sonderabdruk aus der v. Leuthold-Gedenkschrift*. II, Band). — Les psychoses des jeunes soldats ne présentent rien de particulier

au point de vue clinique; mais le milieu militaire crée un terrain propice à l'éclosion de certaines psychoses juvéniles.

Dans quatre observations fort bien détaillées, longuement étudiées, l'auteur cherche à mettre en évidence les éléments de diagnostic entre la mélancolie et la démence précoce.

A première vue, les deux psychoses, mélancolie et démence précoce, paraissent absolument différentes; toutefois, certains cas sont très difficiles à distinguer. L'inhibition, le mutisme, les tentatives de suicide, les idées hypocondriaques et d'auto-accusation, se retrouvent dans les deux affections. La rareté des mouvements spontanés propres à la mélancolie s'observe quelquefois dans la démence précoce; inversement, les stéréotypies démentielles peuvent exister dans la mélancolie.

Pour établir le diagnostic dans ces cas difficiles, il faut recourir à des moyens utilisables pour tous les malades renfermés dans le mutisme. Avant tout, provoquer des réponses simples, orales ou écrites, et interpréter le moindre geste, la moindre expression mimique. L'évolution des troubles affectifs est à prendre en considération; par contre, leur intensité n'est d'aucune valeur. Dans la mélancolie, il y a toujours un choc moral comme cause provocatrice; dans la démence précoce, la dépression et les accès d'angoisse surviennent chez un individu normal et sont souvent précédés par une longue phase d'indifférence émotionnelle. La marche des troubles affectifs dans la mélancolie est continue; dans l'hébéphrénie, les états d'angoisse les plus graves sont entrecoupés de rires qui éclatent sans cause.

L'expression des idées délirantes n'est pas la même dans les deux affections. Chez le mélancolique, le délire d'auto-accusation est au premier plan; chez l'hébéphrénique, les idées de persécution et de grandeur s'associent aux idées de culpabilité.

Les épreuves de l'intelligence (*Intelligenz prüfung*) permettent mieux d'apprécier le degré du déficit intellectuel; elles portent surtout sur les associations des idées. Parmi ces épreuves, les plus remarquables au point de vue des résultats sont celles de Masselon, d'Ebbinghaus et « la dictée d'une série de chiffres » (épreuve de Ziehen). Toutes ces épreuves deviennent insuffisantes dans les cas de mélancolie greffée sur un fond de débilité mentale. L'attitude motrice des malades doit être étudiée et interprétée. La catatonie et les stéréotypies (se dandiner, se pavaner) sont en faveur de l'hébéphrénie; mais on peut rencontrer des mélancoliques présentant l'attitude catatonique ou des mouvements stéréotypés, de danse, de tournoiement et de gymnastique. Chez ces derniers malades, tous ces phénomènes sont sous la dépendance étroite de la douleur et de l'angoisse.

La longue durée de ces symptômes catatoniques semble avoir une grande valeur diagnostique; on ne la trouve jamais dans la mélancolie. Dans cette affection, on remarque surtout des états d'immobilité avec résolution (sans raideur catatonique) qui persistent pendant longtemps.

La résistance énergique contre les plus faibles mouvements est

un signe en faveur de la démence précoce. Le mélancolique refuse de manger et de marcher, mais il laisse toujours plier son bras. Comme symptômes fréquents dans la démence précoce, mais exceptionnels dans la mélancolie, il faut considérer la rareté du clignement des paupières et les accès d'hypersécrétion sudorale.

L'auteur termine cet intéressant travail en disant que ces indications suffisent ordinairement pour diagnostiquer ces deux affections, mais que l'on ne doit jamais se prononcer à la suite d'un seul examen du malade.

Constanza PASCAL.

La crampe des liseurs, d'après la monographie de NAECKE (d'Hubertusburg). (Extr. de *Neurolog. Centralblatt*, n° 9, 1906). — A côté des cas classiques de crampes des écrivains, il y a lieu, suivant NAECKE, de faire une place aux crampes de la nuque par suite de la lecture trop assidue. La genèse des deux crampes est absolument la même. Il serait à souhaiter que l'on recherchât la seconde chez les savants, écrivains, correcteurs, etc., etc.; un certain nombre de savants (en particulier) étant des neurasthéniques par surmenage. Le Pr NAECKE invoque son expérience personnelle, étant, dit-il, neurasthénique peut-être de naissance, mais surtout par surmenage intellectuel : les crampes des écrivains, comme celles des lecteurs assidus, se développent de préférence sur un terrain neurasthénique. Toutefois, BERNHARDT admet plutôt les terrains hystérique, épileptique, etc.

BISWANGER dit, dans son ouvrage sur la neurasthénie, que les crampes accessoires sont souvent la seule maladie d'une constitution névropathique héréditaire, mais qu'il n'est pas forcément question de neurasthénie pour cela.

Sur le terrain prédisposé, agissent des causes adjuvantes variables selon l'espèce de surmenage et les applications professionnelles particulières (lecture, écriture, tenue de tel ou tel outil, etc.). Dans le cas de la lecture assidue, les crampes sont causées par l'inclinaison de la tête, en lisant pendant des heures consécutives; il est rare qu'alors le livre reste posé bien normalement sur la table; généralement, il est un peu de travers, d'où il résulte que la tête est forcée de se pencher sur le côté gauche, au point même que cette position de la tête devient stéréotypée, soit dans la station debout, soit durant la marche.

Ensuite interviennent les vices de réfraction, et en particulier la myopie qui accentue encore l'inclinaison de la tête; peut-être aussi l'usage des lunettes, obligeant à faire des efforts pour lire les mots à la fin des lignes, surtout dans les gros livres; peut-être encore un éclairage insuffisant. Le Pr NAECKE remarque cependant que ces causes accessoires semblent ne point agir lorsqu'il écrit durant des heures entières. Il n'éprouve pas alors les mêmes symptômes que pendant la lecture; pourtant, le papier est posé plus de travers encore que le livre à lire, et les vices de réfraction sont identiques.

Il semble que, dans la neurasthénie, il y ait une grande tension nerveuse. « Si l'on est appliqué longtemps à un travail, il se peut

que la tension nerveuse augmente de plus en plus et finisse par la crampe des muscles trop fatigués; c'est ce qui arrive dans la main en écrivant, et dans les muscles de la nuque en lisant. » Il est possible aussi que, dans les deux cas, la compression des nerfs joue un rôle; cependant, cela n'aurait qu'un intérêt accessoire.

A. MARIE.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 29 Octobre 1906

I. — M. G. COLLET : *Un cas de paralysie générale pouvant être considéré comme étant d'origine traumatique. Discussion :* MM. JOFFROY, VIGOUROUX, VALLON, BRIAND, CHRISTIAN, GIMBAL, COLLET. — II. — *Elections*

I

M. G. COLLET : *Un cas de paralysie générale pouvant être considéré comme étant d'origine traumatique.*

Le malade M..., surveillant de travaux, âgé de 36 ans, est entré le 11 novembre 1905 dans le service de M. Vigouroux, à l'asile de Vaucluse. Il présentait tous les signes de la paralysie générale : satisfaction de soi, idées de grandeur, embarras de la parole, inégalité pupillaire, exagération des réflexes, rotuliens, lymphocytose rachidienne. Les troubles mentaux avaient débuté brusquement dans les premiers jours du mois d'octobre. Jusque là le malade n'avait laissé paraitre rien d'anormal aux yeux de sa femme, ni chez son patron. M... avait toujours joui d'une bonne santé. Il était intelligent, travailleur, très sobre et menait une vie régulière. On ne trouvait dans son histoire, comme particularité indiquant une prédisposition aux affections nerveuses, ou comme cause prédisposante, que de l'émotivité et un certain surmenage. Les renseignements fournis par la femme du malade, l'interrogatoire et l'examen de celui-ci ne permettaient en rien de soupçonner une syphilis antérieure. Mais, sept ans auparavant, M... avait subi un traumatisme crânien très grave : rentrant un soir, monté à bicyclette, à son domicile, il s'était heurté à un cycliste venant en sens inverse ; la tête de celui-ci l'avait frappé violemment à la partie inférieure du front, sur la ligne médiane ; un insigne en métal que cet homme portait agrafé à sa casquette s'était imprimé entre les deux sourcils de M... Après être demeuré sans connaissance un certain temps, M... put se relever et rentrer chez lui. Le lendemain il avait une ecchymose couvrant tout le visage.

Depuis ce moment, jusqu'au début de sa paralysie générale, le malade présenta, à un, deux ou trois mois d'intervalle, des pertes de connaissance brusques entraînant la chute et durant de quinze à vingt minutes, sortes d'ictus apoplectiformes sans suite fâcheuse, ne laissant aucune trace après quelques heures de repos. En outre il eut des céphalalgies fréquentes et de l'insomnie.

Le malade succomba, après trois mois de séjour à l'asile, à une infection pleuro-pulmonaire, que l'on trouva, à l'autopsie, caractérisée par une congestion énorme des poumons et un épanchement pleural peu abondant avec fausses-membranes fibrineuses.

L'encéphale présentait les lésions habituelles de la méningo-encéphalite diffuse. Toutefois, il existait une disproportion très manifeste. à l'examen macroscopique, entre les lesions des méninges, peu épaissies quoique adhérentes en beaucoup d'endroits, à peine lactescentes et peu congestionnées, et les lésions de la surface des ventricules, où les granulations épendymaires étaient très abondantes et volumineuses. A l'examen des préparations histologiques, faites par M. Vigouroux, on trouve une périvascularite intense dans le cortex et dans l'isthme de l'encéphale ; les fibres tangentielles de Tuczek ont disparu ; les lésions des cellules sont peu marquées ; les méninges sont peu épaissies ; la prolifération névroglique, au niveau des ventricules, est abondante ; il n'y a d'endartérite nulle part. Le cervelet présentait sur son bord postérieur, à droite, un petit foyer de ramollissement ancien.

Sur l'apophyse basilaire de l'occipital se trouvait une petite exostose, large de 2 à 3 millimètres, haute de 3 millimètres en quelques points, s'étendant sur une longueur de 3 centimètres, exactement suivant la ligne médiane.

L'auteur considère cette petite exostose comme le reliquat d'une fracture antéro-postérieure de l'apophyse basilaire, produite par le traumatisme. Il émet l'hypothèse que des lésions cérébrales déterminées par le traumatisme, dont on ne peut nier la gravité, ont été le point de départ d'un processus inflammatoire qui s'est traduit par une série d'ictus, pendant une suite de sept années, et s'est terminé par le développement de la méningo-encéphalite diffuse. On ne peut actuellement préciser la relation pathogénique qui relie un traumatisme crânien et une paralysie générale survenue plusieurs années après. Cependant, les observations analogues à celle du malade M... donnent à penser que le traumatisme crânien peut être compté au nombre des causes de quelques paralysies générales. Il est donc permis, dans certains cas, d'imputer à un accident le développement d'une paralysie générale.

M. Joffroy : Cette observation fort intéressante est une sérieuse contribution à l'étude du rôle du traumatisme dans l'étiologie de la paralysie générale, question fort ancienne et fort débattue.

Je désirerais savoir combien de temps le malade resta sans connaissance après le traumatisme et s'il a présenté de l'amnésie rétro-antérograde, comme en présentent souvent les traumatisés de ce genre. A cette amnésie se joignent, dans certains cas, des troubles oculaires, non immédiats, mais qui ne tardent pas à se produire et sont persistants. Ce sont là des symptômes qui, dans une certaine mesure, sont de nature à montrer l'intensité du traumatisme.

En l'absence de ces renseignements, il faut noter ce fait que le traumatisme a produit des lésions dans la région opposée au point d'application du choc. Lorsqu'il s'agit de lésions osseuses, cela s'explique facilement par la théorie du contre-coup. Mais les altérations du tissu nerveux sont plus intéressantes et, dans les expériences que fit autrefois Duret sur des chiens, on nota l'existence à ce niveau, non seulement de lésions osseuses, mais encore de lésions nerveuses, principalement au niveau du quatrième ventricule, de la protubérance, du cervelet, ainsi que dans les lobes occipitaux et temporaux. Or, dans cette observation, on signale une lésion ancienne dans le cervelet. Il faudrait rechercher à nouveau dans les lobes occipitaux : peut-être y trouverait-on des reliquats, restes de petites ruptures, de petites hémorrhagies disséminées qui permettent, dans les cas de ce genre, d'expliquer la diminution de la puissance mnésique ou intellectuelle.

Quel est le rôle du traumatisme dans l'observation de paralysie

générale qui vient de nous être rapportée ? Je crois que, bien certainement, il y a un lien entre le traumatisme et la paralysie générale : le traumatisme est intervenu ici dans une certaine mesure, mais non comme la cause unique et principale. Un très grand nombre de traumatisés, atteints de la même façon que le malade dont il s'agit, ne font pas de paralysie générale : il n'y a pas là une cause suffisante pour produire la paralysie générale, et nous en avons la preuve tous les jours. Il en est du traumatisme comme de la syphilis, que l'on trouve très souvent dans les antécédents des paralytiques généraux : pour produire la paralysie générale il faut autre chose, que l'on trouve dans la prédisposition héréditaire. La recherche de la prédisposition est souvent bien difficile, et il n'y a pas, dans cette observation, de renseignements suffisants pour dire que dans ce cas elle n'existait pas. Le traumatisme a certainement, chez ce malade, joué un rôle dans l'éclosion de la paralysie générale ; mais quel est ce rôle ? Je dis quelquefois que la paralysie générale est d'origine syphilitique, mais non de nature syphilitique ; j'en dirai autant en présence du traumatisme qui a favorisé le développement de cette paralysie générale qui, selon moi, est, non de nature traumatique, mais d'origine traumatique.

M. Vigouroux : Il n'y eût pas, chez le malade M..., d'affaiblissement intellectuel après le traumatisme et cet homme reprit son travail. Le seul lien entre le traumatisme et la démence fut constitué par des attaques bizarres, non accompagnées de convulsions. Le malade étant entré à l'Asile sept ans après le traumatisme, la vision n'a pu être examinée qu'à ce moment : elle n'a présenté rien d'anormal.

L'examen histologique a mis en évidence des lésions banales de paralysie générale ; mais à la protubérance, au voisinage de l'exostose que nous considérons comme une cicatrice osseuse, il y avait prédominance des lésions. On peut admettre que le processus inflammatoire a débuté à ce niveau, mais ce n'est là qu'une hypothèse.

M. Vallon : Cette observation est intéressante en ce qu'elle ne présente pas, à côté du traumatisme, les éléments étiologiques habituels de la paralysie générale : syphilis, alcoolisme et prédisposition. C'est une des rares observations où l'on n'ait noté que le traumatisme. Le traumatisme est ici une cause essentielle, et la paralysie générale est bien d'origine traumatique.

M. Briand : Cette question du rôle du traumatisme dans l'étiologie de la paralysie générale présente, non seulement un gros intérêt scientifique, mais encore un gros intérêt médico légal et la question a déjà été soulevée, cette année, au Congrès de Lille, par M. le professeur Brissaud. La paralysie générale est de beaucoup la plus fréquente des formes mentales de nos asiles. Les familles ont toujours une tendance à invoquer le traumatisme comme cause de la maladie. Cependant, dans les cas où cette cause est indiquée, un examen approfondi permet de constater que l'individu était déjà amoindri avant le traumatisme. Les cas de paralysie générale traumatique sont extrêmement rares, sinon improbables. Généralement, l'affaiblissement intellectuel précède le traumatisme et cet accident révélateur est l'occasion de démontrer que le blessé maladroit est un paralytique général. De même, l'ictus est souvent la cause et non la conséquence de l'accident. La démonstration de l'existence d'une paralysie générale traumatique n'est pas encore faite et il faut une certitude pour se prononcer à ce sujet, à cause de l'importance médico-légale de ce fait et de ses conséquences en ce qui concerne les accidents du travail.

M. Vallon : Le traumatisme s'est produit sept ans avant l'internement ; dans ces conditions, il est impossible d'avoir une connaissance

exacte de l'état mental immédiatement postérieur au traumatisme. Mais dans le cas présent, l'accident n'est certainement pas dû à un ictus.

Beaucoup de traumatisés ne deviennent pas paralytiques généraux : mais tous les syphilitiques ne deviennent pas non plus paralytiques généraux, et ce n'est pas une raison pour nier le rôle étiologique de la syphilis. Il en est de même pour l'alcoolisme et pour les antécédents héréditaires.

En présence de tels faits, pourquoi admettre théoriquement que la paralysie générale ne peut être d'origine traumatique. Et, quand le traumatisme existe dans les antécédents d'un paralytique général, pourquoi systématiquement rechercher dans d'autres facteurs l'étiologie de la maladie ? Ici, le seul facteur que l'on puisse trouver est le traumatisme : il est impossible de faire la preuve qu'il est le seul, mais il y a au moins probabilité en sa faveur, puisqu'il y a eu une série ininterrompue de troubles cérébraux entre le traumatisme et l'éclosion de la paralysie générale. Peu importe le nombre de cas où le traumatisme est à incriminer, cette observation est un fait valable à opposer à une simple théorie, et ce cas doit être considéré comme un cas de paralysie générale traumatique.

M. Christian considère le traumatisme comme une cause adjuvante, mais ne croit pas qu'il puisse, à lui seul, produire la paralysie générale, surtout après échéance.

M. Joffroy : Il importe de bien préciser la question. M. Vallon dit que dans cette observation le traumatisme est le seul facteur étiologique. Sans doute on ne signale que le traumatisme, mais cela ne prouve pas qu'il n'y ait pas d'autres causes. Puisqu'un très grand nombre de traumatisés ne deviennent pas paralytiques généraux, c'est que le traumatisme ne suffit pas à lui seul à créer la paralysie générale et qu'il faut autre chose : cette autre chose, le malade l'a apportée en naissant.

J'ajouterai que, pour bien apprécier le rôle du traumatisme en tant que facteur étiologique, il y a lieu de diviser les accidents qui lui sont consécutifs en 1°) accidents incontestablement et directement produits par le traumatisme, et en 2°) accidents se rattachant moins directement et moins sûrement au traumatisme.

L'amnésie, la démence non paralytique, l'hémiplégie, les troubles aphasiques, les accidents épileptiformes, quelquefois accompagnés de troubles mentaux, les troubles de la vision qui surviennent dans certains cas, etc., tels sont les principaux accidents que le traumatisme peut produire directement.

Quant à la paralysie générale, et aux psychoses, survenant plus ou moins longtemps après un grand traumatisme cérébral, elles ne se rattachent qu'indirectement à cette cause. Le traumatisme n'agit dans ces cas que comme une cause favorisante, déterminant l'éclosion d'accidents qui existaient à l'état latent. Aussi en employant l'expression de *paralysie générale traumatique*, on ne doit avoir la prétention que d'indiquer la circonstance dernière qui a mis en marche le processus démentiel. Et, pour en revenir à l'observation qui fait l'objet de cette discussion, je dirai que si le malade n'avait pas été traumatisé comme il l'a été, s'il avait évité l'accident de bicyclette qui nous a été rapporté, il aurait eu, quand même, bien des chances de devenir paralytique général, sous l'influence d'une autre cause : syphilis, alcoolisme, surmenage, etc.

M. Vallon : Quand on se trouve en présence d'un tel facteur étiologique, il y a là plus qu'une hypothèse. Ce serait aller bien loin que de

refuser au traumatisme toute relation de cause à effet quand on ne ne trouve rien autre chose à invoquer, ni syphilis, ni alcoolisme, ni prédisposition. D'ailleurs, lorsque de deux individus mis en contact avec un varioleux, l'un seulement est contagionné et contracte la variole, parce qu'il était en état de réceptivité morbide, on ne peut pas dire que la prédisposition joue le rôle principal; c'est, évidemment, la contagion qui est la vraie cause de la maladie.

M. Gimbal rapporte un cas de paralysie générale observé par lui dans le service de M. Pactet, cas dans lequel le malade, prédisposé et alcoolique, présenta des signes de paralysie générale six mois après qu'il se fut tiré un coup de revolver dans la tempe droite. La balle, logée dans le cerveau, n'avait pu être extraite.

M. Collet : Les antécédents héréditaires du malade M... ne sont pas assez bien connus, pour qu'on puisse dire qu'ils ne l'aient point prédisposé aux affections de l'encéphale. Ce malade, d'ailleurs, peut être considéré comme un prédisposé parce qu'il a toujours été émotif, parce qu'il passait pour un nerveux. Il est donc permis de supposer, comme le pense M. Joffroy, que la prédisposition n'a pas été étrangère au développement de la paralysie générale.

M. Briand trouve qu'il est imprudent d'admettre l'existence d'une paralysie générale d'origine traumatique. Il fait remarquer que, dans les cas de paralysie générale pour lesquels les intéressés invoquent une origine traumatique, un examen attentif de l'état antérieur du malade permet d'établir que la maladie existait avant le traumatisme. Bien plus, il arrive qu'un ictus détermine un accident et que les parents du malade imputent à cet accident le développement de la paralysie générale, dont cet ictus n'est qu'un symptôme. On observe des faits de ce genre, cela n'est pas douteux. Plusieurs cas semblables ont été rapportés au Congrès de Lille. J'ai eu, moi-même, l'occasion d'en observer un, l'année passée, dans le service de M. Vigouroux. Le malade était un cocher âgé de 39 ans. Dans les premiers temps de sa maladie il avait fait une chute de son siège. Il attribuait à cet accident l'apparition de ses troubles mentaux. La paralysie générale était évidemment antérieure à l'accident. Le malade était un syphilitique avéré. Il avait contracté la syphilis à l'âge de 15 ans ; il avait eu, six ans avant son internement, de l'aphasie et, trois ans avant, des troubles cérébraux. Ces phénomènes avaient été de courte durée. Sa femme était atteinte de syphilis cérébrale ; elle avait une hémiplégie. L'un et l'autre fréquentaient les consultations de l'hôpital Saint-Louis. La chute que cet homme avait faite du siège de sa voiture avait été déterminée, c'est bien probable, par un ictus. Il eut ensuite, à l'asile, plusieurs attaques apoplectiformes. Cependant, ce malade eut une rémission, et, comme son état était très satisfaisant, comme sa femme et lui demandaient avec insistance sa sortie, comme il s'engageait à ne pas reprendre son travail au dehors, on le laissa quitter l'asile. Nous apprîmes, ensuite, qu'il était sorti pour engager une action en paiement d'une indemnité contre son employeur. Il est vraisemblable que les experts nommés pour apprécier le bien-fondé de ses allégations, n'ont eu aucune peine à découvrir la véritable origine de ses troubles mentaux. Ce malade est entré, de nouveau, à l'Asile de Vaucluse, huit mois après sa sortie.

Mais, si les cas de ce genre sont nombreux, peut-on dire, avec M. Briand, que l'existence d'une paralysie générale traumatique est bien improbable, peut-on dire que, en tout cas, l'existence d'une para-

(Voir la suite après le Bulletin bibliographique mensuel.)

lysie générale traumatique n'est pas démontrée, en présence d'observations comme celle du malade M..., où il est bien certain que le malade était sain avant l'accident, où il est bien clair que cet accident n'a pas été provoqué par un ictus, où il est bien évident que le traumatisme a été d'une grande violence, où il est bien prouvé que, entre son traumatisme et le début de sa méningo-encéphalite diffuse, le malade a présenté des troubles nerveux manifestement liés à ce traumatisme ? En réalité, ce qui n'est pas démontré, ce qui n'est pas précisé, ce qui n'est pas connu, c'est le mode d'action du traumatisme, c'est le processus qui relie les lésions cérébrales traumatiques aux lésions inflammatoires de la paralysie générale. Quant au rôle du traumatisme dans l'étiologie de la paralysie générale, il ne me paraît pas douteux dans l'observation que j'ai rapportée.

Je crois donc, contrairement à l'opinion de M. Briand, que l'on peut faire état de faits analogues pour admettre, en médecine légale et en particulier, dans les expertises concernant les accidents du travail, une relation de cause à effet entre le traumatisme et la paralysie générale. On demande, ordinairement, que trois conditions soient remplies, pour qu'il soit permis d'attribuer à un accident la responsabilité d'une maladie : 1° que le malade ait été en état de santé au moment du traumatisme ; 2° que le traumatisme ait eu une réelle gravité ; 3° que la maladie soit rattachée au traumatisme par une série de troubles morbides. Ces trois conditions sont pleinement réalisées dans notre cas. On a admis une relation étiologique entre le traumatisme et certaines affections bien avant que le rôle du traumatisme dans la pathogénie de ces affections ait été clairement expliqué. Personne ne met en doute l'existence de la pneumonie traumatique, de la tuberculose traumatique, de la pleurésie traumatique. Il ne me semble pas que l'on ait de bonnes raisons de refuser actuellement un rôle au traumatisme dans certains cas de paralysie générale.

II

M. Goujon, membre titulaire de la Société, est nommé membre honoraire.

M. Gabriel Dromard, médecin-adjoint de l'Asile de Marseille, est nommé membre correspondant, après lecture d'un rapport de M. Legras.

G. Collet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(27 Juillet 1906)

MM. J. Voisin, R. Voisin, A. Rendu. — *Hypothermie prolongée à la période terminale d'une paralysie générale infantile.* — La malade qui fait le sujet de cette observation entre à la Salpêtrière en 1898 à l'âge de 8 ans 1/2 pour idiotie acquise consécutive à une lésion cérébrale indéterminée. De 8 à 11 ans, elle s'améliore d'une manière indiscutable. Mais à 13 ans (1902), tout progrès cesse : l'enfant devient excitable, inattentive ; elle présente des symptômes méningés, une éruption cutanée considérée comme syphilitique, de la lymphocytose céphalo-rachidienne, puis de la démence. Elle meurt à 15 ans 1/2, après avoir eu pendant 12 jours de l'hypothermie notable. A l'autopsie on trouve de la méningo-encéphalite diffuse : les lésions anatomiques sont celles que l'on constate dans la paralysie générale de l'adulte et de l'adolescent. Ce qui, d'après les auteurs fait surtout l'intérêt de cette observation, c'est la longue durée de l'hypothermie, relevant sans doute des lésions nerveuses et accessoirement de l'inanition et de l'action des toxines.

Pendant la dernière quinzaine, la température oscilla entre 36° et 33° 3. La veille de la mort elle descendit à 30° 5 pour remonter à 34° quelques heures avant le décès et à 36° quelques heures après. J.

REVUE DES PÉRIODIQUES

PÉRIODIQUES DE LANGUE FRANÇAISE

Annales médico-psychologiques (64e année, n° 2, Septembre Octobre 1906).

FRANCO DA ROCHA. — **La psychose maniaque dépressive.** — Le succès de la conception clinique de Kraepelin (folie maniaque dépressive), a été grand parmi les aliénistes brésiliens. L'auteur cependant n'accepte pas sans réserve la classification allemande. Il conserve à l'expression *folie périodique* son sens le plus général. La folie périodique englobe : 1° des types purs, rares il est vrai, de mélancolie et de manie intermittentes ; 2° la folie maniaque dépressive avec ses variétés : circulaire, double forme, etc... De plus il y a quelques cas d'accès maniaques ou mélancoliques simples, uniques, qui n'ont rien de commun avec la folie périodique, et à plus forte raison avec la folie maniaque dépressive. Enfin, pour l'auteur, c'est une pétition de principe d'admettre que le mécanisme de la production de deux états aussi différents que la manie et la mélancolie est unique et semblable.

Archives de Neurologie (Vol. XXII, n° 128, Août 06).

BONNE. — **Hémiagénésie cérebelleuse ; Agénésie partielle du corps calleux et du lobe limbique ; Anomalies des circonvolutions cérébrales.** — Minutieuse description, au point de vue de l'anatomie macroscopique de l'encéphale d'un jeune homme débile et épileptique mort en état de mal à l'asile de Braqueville. Le titre de la publication résume les principales malformations. A ce propos l'auteur fait une revue générale de la bibliographie des cas analogues. Jamais pendant la vie l'absence totale de l'hemisphère cerebelleux gauche n'avait été trahie par des signes pathognomoniques. B... remarque qu'il en est à peu près de même dans les rares observations similaires publiées antérieurement.

RODIET, DUBOS et PANSIER. — **Les symptômes oculaires de la paralysie générale.** — Etude systématique des troubles pupillaires, visuels, vasculaires, neuro-retiniens et accessoires aux différentes périodes de la maladie. Il est nécessaire d'examiner les yeux fréquemment, aux diverses étapes de l'affection et de confier ces examens successifs à un ophthalmologiste.

(N° 129, Septembre 1906).

RÉMOND et LAGRIFFE. — **Délire de persécution à base de fausse interprétation et délire alcoolique.** — Les auteurs démêlent dans un cas complexe ce qui appartient à la dégénérescence mentale et ce qui appartient à l'alcoolisme. Intéressante discussion sur la valeur des hallucinations dans les délires plus ou moins systématisés, et qui pourrait être ainsi résumée : le délire d'interprétations indique une grave prédisposition psychopathique, le délire avec hallucinations nombreuses indique une adultération cérébrale actuelle fonctionnelle ou organique s'ajoutant à la prédisposition quelle qu'elle soit.

Journal de médecine légale psychiatrique
(1re année, n° 4, août 1906).

P. Sérieux. — **Les établissements spéciaux pour aliénés criminels en Allemagne.** — La première partie de ce travail a paru dans le n° du 25 février 1906 du même périodique. L'auteur a généralement pris sur place les renseignements qu'il nous fait connaitre sur les établissements spéciaux consacrés en Allemagne au traitement des différentes catégories d'aliénés criminels. Ancien et nouveau quartier d'aliénés criminels de Bruchsal (grand duché de Bade). Quartier spécial pour détenus aliénés de l'établissement pénitentiaire de Moabit (Berlin). Quartiers spéciaux pour détenus aliénés de Cologne, de Graudenz, de Waldheim (Saxe). Pavillon d'aliénés criminels de Düren. Il y a actuellement 11 établissements de ce genre en Allemagne, et le nombre en sera sans doute augmenté, car on se propose d'annexer à chaque grande maison pénitentiaire de Prusse un quartier spécial pour le traitement des criminels devenus aliénés, en commençant par les villes universitaires.

Pitres, Régis et Anglade. — **Amnésie et délire de persécution simulés.** — Rapport médico-légal. L'inculpé que ce rapport concerne a été l'objet d'une expertise antérieure faite par des aliénistes suisses dont les conclusions ont été analogues à celles des auteurs. Pourtant les premiers experts très affirmatifs au sujet de la simulation de l'amnésie avaient admis la réalité du délire de persécution ; mais ils ne pouvaient prévoir que ce délire cesserait avec les poursuites judiciaires pour reparaître à l'occasion d'un nouveau délit.

Nlle Iconographie de la Salpêtrière (19e année, 4, Juillet-Août 06).

Hudovernig. — **Sur un cas de gigantisme précoce.** — Le point qui nous intéresse particulièrement dans cette observation est le suivant : Pendant 10 mois, entre l'âge de 7 et 8 ans, le malade fut soumis au traitement par l'ovarine (institué pour obtenir quelque influence sur le processus de l'ossification) et l'état psychique subit des améliorations inattendues : « L'enfant imbécile devenait peu à peu obéissant, doux et tranquille ; il s'intéressait aux choses de la vie quotidienne ; ses facultés intellectuelles augmentèrent ; la perception devint satisfaisante, ses réponses logiques et compréhensibles ; sa mère lui enseigna à lire et à écrire ; il est même devenu capable d'exécuter des calculs simples ». Les premières traces de cette amélioration notable apparurent déjà après un traitement de deux mois, et trois mois plus tard le malade lisait déjà assez bien.

Journal de Psychologie normale et pathologique
(3e année, n° 5, Sept.-Oct. 1906).

Bechterew. — **La personnalité.** — La personnalité n'est, au point de vue objectif, que l'individu manifestant sa spontanéité à l'aide de ses ressources psychiques et mettant son individualité en rapport avec le monde qui l'entoure. La concurrence pacifique des nations repose sur le développement des personnalités qui les composent. On peut être convaincu que dans cette lutte pacifique, toutes choses étant égales d'ailleurs, une nation vigoureuse par le développement des personnalités constitutives vaincra toujours. Et l'auteur regrette que le régime politique actuel de son propre pays comporte tant d'entraves à l'expansion des spontanéités psychiques. Les émigrations en masse, les suicides fréquents (collectifs ou isolés) sont la conséquence de cet état de choses. Le mal dépend d'un grand nombre de conditions biologiques et économiques mauvaises (mauvaise hygiène, alimentation

insuffisante, alcoolisme, etc', de l'instruction et de l'éducation mal comprises, de l'absence d'activité publique. Les remèdes consistent donc à améliorer l'hygiène, à assurer la prophylaxie des maladies, à lutter contre les facteurs biologiques de la dégénérescence, l'alcoolisme. Il faut encore relever la situation économique de la population et jeter les bases d'un plan d'éducation et d'instruction plus rationnelles et plus libres.

GRASSET. — **La responsabilité atténuée.** — Malgré toutes les objections qui lui ont été adressées par des auteurs enclins à confondre le principe lui-même et ses applications actuelles, la demi-responsabilité n'est ni fausse, ni artificielle, ni rétrograde. Quand un demi-fou est devenu nuisible, la société n'a pas le droit de l'emprisonner comme un raisonnable ; mais elle a le droit de se garantir tout en le traitant *par force ;* elle ne doit pas le *détenir* dans une prison ordinaire, mais elle doit le *retenir* dans un asile spécial ; elle garde son droit d'*isolement social du nuisible,* qu'elle doit combiner en l'espèce avec le devoir parfaitement conciliable *d'assister et de traiter* médicalement le criminel tant qu'il est malade à un degré quelconque.

La question de la responsabilité atténuée ne doit pas être considérée comme une formule d'ignorance *rétrograde*, c'est une des plus scientifiques manifestations de la tendance contemporaine à l'individualisation de la peine. La nouvelle loi sur les aliénés devra contenir un titre spécial consacré aux demi-fous, et à la responsabilité atténuée.

La France Médicale (53e année, n° 18, 25 Septembre 1906).

A. MARIE et VIOLLET. — **Envoûtement et folie.** — L'« envoûtement » ancien et moderne est encore pratiqué et la croyance à son action efficace fait encore tourner des têtes faibles. En 1906 comme en 1840, suivant le mot de Macario. « On trouve plus d'une vielle sybille à la porte de laquelle stationnent des équipages magnifiques et que viennent interroger avec anxiété les personnes les plus aisées de la capitale. »

Quatre observations.

Gazette des Hôpitaux (79e année, n° 101, 6 Septembre 1906).

MARCHAND et OLIVIER. — **Diabète et troubles mentaux.** — Revue générale. Les rapports du diabète avec les troubles mentaux peuvent être groupés de la façon suivante :

1° Le diabète est d'origine nerveuse, il est symptomatique de la maladie cérébrale, cause elle-même de troubles mentaux.

2° Le diabète est la cause de l'aliénation mentale.

3° Diabète et aliénation mentale sont sous l'influence du même trouble général de nutrition et sont simplement concomitants.

4° Il y a alternance entre le diabète et les troubles mentaux.

5° L'aliénation mentale survient chez un diabétique sans qu'il y ait aucun rapport entre les deux maladies.

De cette dernière variété de cas, les auteurs fournissent un exemple en rapportant l'observation d'un vigneron diabétique, atteint à l'âge de 46 ans d'alcoolisme subaigu. M. et O. insistent après LAILLER sur ce fait intéressant et que nous avons constaté dans un certain nombre de cas : Quels que soient les rapports de causalité qui existent entre la glycosurie et les troubles mentaux chez les aliénés, la glycosurie doit être recherchée car elle ne se traduit ordinairement par aucun autre symptôme diabétique.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques
(Tome 77, 17e cahier, 10 Septembre 1906).

La paralysie générale juvénile. — Analyse d'une thèse de Toulouse

(Dr Idrac). L'auteur signale comme particuliers à l'adolescent les deux symptômes suivants, qui ne se manifestent que si l'affection débute avant l'apparition de la puberté : arrêt de développement physique et troubles sexuels. Au point de vue de l'étiologie l'heredo-syphilis ou la syphilis acquise ont été trouvées dans 64 °/. des cas. Si la syphilis n'est pas la cause exclusive de la paralysie générale juvénile elle est du moins la cause adjuvante la plus fréquente et la plus constante, mais il ne faut pas négliger le rôle étiologique de l'alcoolisme et des infections.

La Tribune médicale (nos 36 et 37, 22 et 29 Septembre 1906).

J. Babinski. — **La conception moderne de l'hystérie.** — Dans une conférence faite récemment à la société de l'internat, l'auteur a exposé ses idées sur la conception de l'hystérie, après avoir réfuté les principaux éléments des définitions généralement reçues. Il ne faut pas compter avec la permanence des signes appelés stigmates, il faut enlever à l'hystérie un certain nombre d'accidents trop aisément mis sur le compte de la névrose quand on ne trouve pas l'explication qui convient, ou quand une association hystéro-organique méconnue permet une erreur d'attribution. D'après B..., l'hystérie est un état *psychique* spécial capable d'engendrer certains troubles ayant des caractères qui leur sont propres. Elle se manifeste par des troubles primitifs et secondaires. Les premières se reproduisent par suggestion avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets et disparaissent sous l'influence exclusive de la persuasion ; les seconds sont étroitement subordonnés aux premiers. Par *persuasion*, l'auteur entend non pas exclusivement un raisonnement serré, mais tout procédé *rationnel* déterminant le processus mental qui aboutit à la guérison, et si la psychothérapie n'est pas efficace que dans l'hystérie, cette affection est la seule dans laquelle la psychothérapie peut obtenir des résultats curatifs à l'exclusion de toute autre méthode.

L'hémiplégie et la paraplégie organiques se manifestent toujours par des symptômes qui manquent dans l'hystérie (exagération *réelle* des reflexes tendineux, épilepsie spinale parfaite). La réalité des troubles cutanés et vaso-moteurs dans l'hytérie est loin d'être démontrée. Il convient également de faire des réserves en ce qui concerne la nature hystérique de certaines hémorrhagies viscérales, de certaines formes de polyurie ou de fièvre. La plupart des cas de folie hystérique doivent être aujourd'hui rangés, d'après les aliénistes, dans la démence précoce.

L'hystérique n'est pas absolument un simulateur, mais il le devient facilement et vite ; il est toujours vis-à-vis des accidents qu'il présente en état de subconscience et non d'insconscience absolue.

L'auteur a consacré la dernière partie de sa conférence à *l'hypnotisme*, « état psychique rendant le sujet qui s'y trouve susceptible de subir la suggestion d'autrui, se manifestant par des phénomènes que la suggestion fait naître, que la persuasion fait disparaître et qui sont identiques aux accidents hystériques ». L'hypnotisme est donc un procédé thérapeutique exceptionnel (héroïque pour ainsi dire) et qui doit être réservé aux cas où, la persuasion ayant échoué, il est absolument indiqué d'obtenir une modification particulière dans l'état du malade.

Pour se conformer à l'esprit de sa définition, B..., propose enfin de désigner l'ensemble des véritables phénomènes hystériques sous le nom de *« pithiatisme »* (πειθώ je persuade). Cette désignation en rappelant le caractère essentiel des accidents auxquels elle s'adresse aurait l'avantage de mettre en garde contre l'extension indéfinie des cadres de la névrose.

(N° 37, 29 Septembre 1906).

H. LÉVY. — **Les délires de Zoopathie interne.** — Etude clinique, étiologique et pathogénique. Les délires de zoopathie interne se développent chez des débiles, ils ont pour base un trouble de la cœnésthésie, et ne guérissent pas. Les malades deviennent assez aisément les persécuteurs de ceux qui cherchent à les soulager par quelque opération fictive. La thérapeutique consiste donc à traiter, quand elle est accessible, la lésion viscérale qui peut servir de point de départ des modifications cœnesthésiques et des interprétations délirantes (entérite muco-membraneuse, etc...). JUQUELIER.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Enseignement psychiatrique. (Semestre d'hiver). — M. le professeur JOFFROY a commencé son cours le 17 novembre. (Mercredi et Samedi, à 10 heures, Asile Sainte-Anne).

MM. VURPAS et R. DUPOUY, chefs de clinique, ont commencé le cours théorique de psychiatrie le 6 novembre. (Mardi, Jeudi, à 10 heures ; Samedi, à 9 h. 1/4), et les conférences cliniques réservées aux élèves de l'Institut de médecine légale, le 13 novembre. (Mardi et Jeudi, à 9 h. 1/4).

M. le professeur agrégé DUPRÉ commencera le cours public de médecine légale psychiatrique le 5 février 1907, à l'Asile Sainte-Anne, et les conférences de psychiatrie médico-légale le 24 novembre 1906 à l'infirmerie spéciale (3, Quai de l'horloge, samedi, 3 heures).

Pour ces conférences, des cartes d'admission sont délivrées au secrétariat de la faculté aux docteurs en médecine, aux internes des hôpitaux et des asiles et aux étudiants pourvus du 4e examen de doctorat.

Université de Lille. — M. RAVIART, médecin adjoint de l'Asile d'Armentières, est chargé d'un cours théorique et pratique de médecine mentale pendant l'année scolaire 1906-1907.

Université de Lyon. — M. J. LÉPINE, médecin adjoint de l'Asile de Bron, chef de clinique des maladies mentales, est chargé des fonctions d'agrégé pour l'année scolaire 1906-1907.

Faculté tchèque de médecine de Prague. — Le titre de professeur extraordinaire a été conféré à M. A. HEVEROCH, privat-docent de psychiatrie.

Faculté de médecine de Tubingue. — M. R. GAUPP, de Munich, est nommé professeur ordinaire de psychiatrie.

Faculté de médecine de Würzbourg. — M. M. REICHARDT est nommé privat-docent de psychiatrie.

Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Ugo CERLETI est nommé privat-docent de psychiatrie.

Personnel des Asiles. — *Mouvement d'Octobre.* — M. le Dr DESWARTE, médecin-adjoint à Evreux, est nommé directeur médecin de l'asile de Naugeat (Hte-Vienne), en remplacement de M. le Dr BROQUÈRE.

M. le Dr COSSA, médecin-adjoint est promu au grade de médecin en chef et maintenu dans les fonctions de médecin inspecteur du service des aliénés des Alpes-Maritimes,

M. le Dr AMELINE, médecin-adjoint à la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), est promu à la classe exceptionnelle du cadre.

Le gérant : A. COUESLANT.

PARIS & CAHORS, IMPRIMERIE A. COUESLANT (28-XI-06)

REVUE CRITIQUE

LES ALIÉNÉS DANS L'ARMÉE
ET
DANS LES PÉNITENCIERS MILITAIRES

Par F. PACTET
Médecin en chef de l'Asile de Villejuif

Je ne me propose pas d'examiner dans son ensemble, la question de l'aliénation mentale dans l'armée, sujet beaucoup trop vaste pour les étroites limites d'un article de revue. Me plaçant à un point de vue particulier, au point de vue médico-légal, je voudrais, après plusieurs auteurs, appeler de nouveau l'attention sur la présence d'aliénés dans l'armée et surtout sur les conséquences qu'entraine souvent pour eux, la méconnaissance de leur situation pathologique.

A l'occasion d'une période de service militaire accomplie à Alger, à l'hôpital du Dey, en qualité de médecin aide-major de réserve, j'ai obtenu de M. le Ministre de la Guerre l'autorisation d'examiner, au point de vue des anomalies psychiques qu'ils pourraient présenter, quelques condamnés militaires de la division d'Alger[1].

Je dois remercier ici M. Berteaux, alors Ministre de la Guerre, qui voulut bien m'accorder toutes les facilités pour mener à bien ce travail.

La question des aliénés méconnus et condamnés est l'une de celles qui n'ont pas cessé de me préoccuper depuis une date déjà lointaine, puisque mon premier travail sur le sujet remonte à

[1] Je reproduis ici la lettre du ministre.

Le Ministre de la Guerre,
à Monsieur le docteur Pactet, Médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine).

MONSIEUR,

Conformément à votre demande, j'ai l'honneur de vous informer que je vous autorise à examiner, durant le séjour que vous allez faire en Algérie, par suite de l'accomplissement d'une période de 28 jours, quelques condamnés militaires, au point de vue des anomalies psychiques qu'ils peuvent présenter.

En informant M. le Général commandant le 19e corps d'armée de ma décision, je le prie de donner des ordres pour que toutes facilités vous soient données pour vous rendre dans les établissements pénitentiaires de la division d'Alger que vous désirez visiter, mais il demeure entendu toutefois que l'examen des condamnés sera subordonné aux exigences du service dans ces établissements.

Recevez etc...

Pour le Ministre et par son ordre
Le Directeur du Contentieux et de la Justice militaire,
CRÉTIN.

l'année 1891, qu'il fut suivi de plusieurs autres, en particulier d'études, en collaboration avec mon collègue le Dr H. Colin, sur les aliénés devant la Justice et dans les Prisons, et de communications dans différents Congrès.

J'avais la conviction que, dans les lieux de détention militaire, (compagnies de discipline, bataillons d'Afrique, ateliers de travaux publics), la proportion d'aliénés méconnus devait être notable. Et une visite malheureusement trop courte que j'ai faite à l'atelier de travaux publics d'Orléansville, pendant les deux mois que je passai en Algérie, m'a fourni la preuve que mes prévisions n'étaient pas erronées.

Telle est l'origine de cet article où, après des considérations générales sur l'aliénation mentale dans l'armée, je dirai quelques mots des faits que j'ai observés et indiquerai, en terminant, les moyens qui me semblent aptes à mettre un terme à une situation qu'il devrait suffire de signaler pour qu'apparaisse, sans contestation possible, l'impérieuse nécessité de la faire disparaître. Il s'agit en effet, d'arracher des aliénés à la prison pour les rendre à l'asile.

*
* *

Dire qu'il existe des aliénés dans l'armée, c'est énoncer un fait banal dont l'évidence est bien mise en lumière par les travaux des médecins militaires qui ont écrit sur la question et par les statistiques du service de santé. La statistique médicale de l'armée nous apprend que le chiffre des réformes prononcées pour aliénation mentale s'est élevé :

En 1888 à 147
1889 à 157
1890 à 125
1891 à 166
1892 à 198
1893 à 175
1894 à 185

Pour la période qui s'étend de 1895 à 1904, année où s'arrête actuellement cette statistique, on peut se rendre compte, par le tableau ci-dessous que j'ai relevé, au Ministère de la Guerre, dans les archives du comité technique de santé, du nombre de soldats réformés annuellement pour affections mentales et pour névroses. Ces chiffres se rapportent à la totalité des troupes métropolitaines et à celles d'Algérie et de Tunisie, à l'exclusion des troupes coloniales. On notera qu'à partir de l'année 1898 où fut inaugurée la réforme temporaire, on constate un relèvement

du chiffre des réformes pour certaines affections comme l'hystérie par exemple, de même qu'à partir de 1902 où parut une circulaire ministérielle prescrivant d'éliminer les éléments d'une utilisation difficile, le nombre des militaires réformés pour insuffisance intellectuelle s'accroît d'une façon très sensible.

Année	Aliénation mentale	Paralysie générale	Idiotie Imbécillité	Neurasthénie	Epilepsie	Hystérie
1895	238	20	53	1	363	64
1896	183	12	37	5	323	78
1897	218	14	41	9	342	89
1898	218	11	83	13	340	107
1899	235	13	28	8	372	134
1900	172	12	37	6	232	171
1901	164	22	131	50	347	144
1902	154	10	127	73	374	171
1903	166	10	194	70	415	233
1904	181	13	158	97	376	272

Il semblerait que l'infiltration des aliénés dans l'armée dût rencontrer un sérieux obstacle du fait de la sélection qui s'opère, au moment du Conseil de révision. Mais si un examen rapide des recrues suffit, dans une certaine mesure, à éliminer les hommes dont l'inaptitude au service militaire se manifeste par l'existence de lésions organiques d'une constatation facile, il n'en est plus de même quand il s'agit de découvrir des affections comme les maladies mentales, qui peuvent ne pas se traduire par des symptômes actuels, que souvent les sujets qui en sont atteints cherchent à dissimuler, et qui réclament parfois une observation prolongée pour être diagnostiquées en toute certitude. Il convient de tenir compte aussi que le service militaire n'apparaît pas encore à tous comme un devoir social que chacun doit remplir, d'où la possibilité pour quelques-uns, afin de s'y soustraire, d'invoquer des motifs qui ne peuvent pas être acceptés sans contrôle et, par suite, l'excuse, chez l'expert, de l'existence d'une pointe de scepticisme à propos de toute déclaration dont il ne peut personnellement contrôler la légitimité. Ce sont là autant de raisons qui expliquent la présence des aliénés dans l'armée. Et la difficulté d'un diagnostic précoce et extemporané de l'aliénation mentale est encore bien mise en évidence, par ce fait, que la visite d'incorporation qui a lieu à l'arrivée des jeunes soldats, à la caserne, ne suffit pas à l'élimination totale des aliénés, et que plusieurs séjournent un certain temps dans les corps de troupe avant d'être réformés.

Le tableau ci-dessous, qui est emprunté à l'ouvrage du

Dr Catrin, sur l'aliénation mentale dans l'armée, est intéressant à consulter, à cet égard [1].

Année	Réformes à l'arrivée	Réformes après l'arrivée
1888	13	134
1889	11	146
1890	10	115
1891	15	151
1892	14	184
1893	13	162
1894	7	178
1895	26	285
1896	17	215
1897	23	250
1898	21	291
1899	17	259

Ce retard, apporté à la réforme des aliénés, s'expliquerait, d'après Catrin, par l'activité fébrile qui règne dans les régiments, à l'arrivée des contingents et l'obligation où se trouvent alors les instructeurs, d'avoir leur attention dispersée sur mille objets divers. De plus, les jeunes soldats étant d'abord exercés en masse et l'instruction individuelle n'intervenant que plus tard, c'est seulement, au cours de celle-ci, que les officiers remarquent l'indocilité, l'inattention ou la compréhension difficile de leurs subordonnés.

Il conviendrait aussi, à mon avis, de tenir compte, qu'une fois incorporés, les jeunes soldats ne sont plus en contact avec le médecin, qu'ils n'ont affaire qu'aux sous-officiers et aux officiers chargés de les instruire, et que ceux-ci ne sont pas des observateurs suffisamment préparés à reconnaître des aliénés. Il n'est donc pas surprenant que les réformes pour aliénation, ne soient pas, en majeure partie, prononcées aussitôt après l'arrivée à la caserne.

De plus, dans la plupart des cas, comme le fait remarquer le Dr Christian [2] qui reçut pendant de longues années, dans son service de Charenton, un certain nombre de jeunes soldats atteints d'aliénation mentale, il s'agit non pas « d'une maladie à symptômes tranchés et nettement caractérisés. Il s'agit de dégénérés. »

D'après son observation personnelle, le Dr Christian divise, en

[1] Catrin. — *L'aliénation mentale dans l'armée*. Préface du Dr Christian. Paris, 1901. — Analysé par Granjux dans le *Bulletin de la Société de médecine légale de France*. Séance du 17 février 1902, p. 31.

[2] Christian. — *Loc. cit.*

deux catégories, les soldats aliénés qui furent internés dans son service.

Dans l'une, rentrent des individus au développement physique normal et qui étaient aptes à remplir, dans le milieu où ils étaient nés et où ils vivaient, les devoirs de la vie journalière. « Leur entourage avait bien remarqué qu'ils avaient l'esprit lourd, peu développé, qu'ils manquaient totalement d'initiative, que leur simplicité en faisait un objet de risée pour leurs camarades, mais on ne s'en inquiétait guère. Bien loin de signaler le fait au conseil de révision, on le dissimule soigneusement, dans l'espoir que la vie militaire réveillera les facultés engourdies et produira d'heureux effets. Il n'en est rien. Le malheureux, sorti du village où tout le monde le connait et le supporte, transplanté brusquement dans la caserne, où sans cesse bourdonnent à ses oreilles des commandements inconnus, des ordres qui lui semblent singuliers, où il doit encore supporter les plaisanteries et les brimades de ses camarades, le malheureux perd vite son équilibre, il est vite dévoyé et son intelligence sombre dans les ténèbres de la folie. »

A la seconde catégorie, appartiennent les jeunes gens qui se sont montrés dès l'enfance réfractaires à toute discipline, dans la famille, à l'école, à l'atelier et sur lesquels on a espéré que le séjour au régiment aurait une heureuse influence. « Eux aussi sont des malades, mais on ne veut pas croire à leur maladie. » La famille les pousse à s'engager, trouvant de ce côté une issue à une situation dont elle a eu trop longtemps déjà à souffrir. « L'épreuve, dit Christian, durait plus ou moins longtemps ; jamais je ne l'ai vue couronnée de succès... Et encore les choses ne se passent pas toujours simplement. En arrivant au régiment, l'incorrigible y porte sa mobilité d'esprit, sa nonchalance, son mépris de toute règle. D'abord il est réprimandé, puis on le punit, légèrement d'abord, plus sévèrement ensuite. Mais, quoique les punitions s'ajoutent aux punitions, les fautes deviennent de plus en plus graves, et parfois le conseil de guerre apparait, menaçant, comme dernière étape de la lamentable odyssée. »

Les faits que j'ai personnellement observés confirment absolument la manière de voir de Christian.

L'engagement volontaire d'ailleurs est considéré, depuis longtemps, comme une large voie d'accès à l'armée, des dégénérés et des candidats à la folie. La littérature médicale est riche en mémoires relatifs à la question. Les travaux de Régis et de ses élèves, de Granjux, de Jourdin, d'Uzac, la thèse de Cazeneuve, sur l'engagement volontaire et la dégénérescence mentale, sont, en l'espèce, des plus intéressants à consulter. « Cette mentalité spéciale des engagés volontaires est bien mise en évidence, dit

Granjux, par la comparaison des hospitalisations pour aliénation mentale dans la guerre, dans la marine et dans les troupes coloniales. Tandis que dans l'armée métropolitaine et dans la marine, en majeure partie composées d'appelés, la proportion de ces hospitalisations est respectivement de 0,4 et 0,5 0/00, elle est de 1,4, c'est-à-dire de 3 à 4 fois plus considérable, pour les troupes coloniales où les engagés sont en si grand nombre[1]. »

Uzac, chargé du service médical d'une compagnie de discipline, a été frappé de l'énorme proportion des disciplinaires appartenant à la catégorie des engagés volontaires, par rapport à celle des appelés. Sur un total de 431 hommes, envoyés à la compagnie, au cours d'une période d'un peu plus de trois ans, il trouve 216 engagés volontaires et 215 appelés. « Pour voir ce qu'il y a d'excessif dans ce chiffre, il faut se rappeller la proportion minime des uns, par rapport aux autres, dans l'effectif d'un régiment[2]. »

L'inadaptabilité au milieu, qui constitue une présomption en faveur d'anomalies psychiques, est plus marquée chez les engagés que chez les appelés. Si l'on consulte la statistique de Jourdin[3] relative au nombre de soldats condamnés par les conseils de discipline et au nombre des déserteurs, pendant une période de dix ans, au 54e régiment d'infanterie et de huit ans, au 5e régiment de dragons, on relève les chiffres suivants :

54e Régiment d'infanterie

		Effectif de dix ans	Nombre de cas	Proportion °/₀₀
Soldats condamnés par les Conseils de discipline	Appelés....	7.289	75	10,28
	Engagés...	983	18	18,38
Déserteurs	Appelés....	7.289	32	4,39
	Engagés...	983	8	8,13

5e Régiment de dragons

		Effectif de huit ans	Nombre de cas	Proportion °/₀₀
Cavaliers condamnés par les Conseils de discipline	Appelés....	1.809	15	8,28
	Engagés...	555	24	43,24
Déserteurs	Appelés....	1.809	20	11,05
	Engagés...	555	17	30,63

[1] Granjux. — *Bulletin de la Société de médecine légale de France*. Séance du 10 juillet 1905. p. 160. (L'aliénation mentale dans l'armée, la marine et les troupes coloniales).

[2] Uzac. — Recrutement des compagnies de discipline. — *Le Caducée*. 7 janvier 1905 n° 1.

[3] Jourdin. — De la valeur physique et morale des engagés volontaires. — *Caducée*. 18 avril 1903.

Cazeneuve donne sur la criminalité des engagés volontaires des renseignements qu'il a extraits du compte général de l'administration de la justice militaire fourni par le ministère de la guerre pour les années 1882, 1883 et 1885. Je les reproduis ci-dessous :

Année 1882. — Sur 404.494 appelés il y a eu :
2.707 prévenus..... soit 1/149
2.322 condamnés..... soit 1/174
Sur 50.491 engagés, il y a eu :
1.269 prévenus..... soit 1/40
1.069 condamnés..... soit 1/47
Année 1883. — Sur 397.715 appelés, il y a eu :
2.462 prévenus..... soit 1/162
2.104 condamnés..... soit 1/189
Sur 52.304 engagés, il y a eu :
1.205 prévenus..... soit 1/43
1.012 condamnés..... soit 1/52
Année 1885. — Sur 390.390 appelés il y a eu :
2.570 prévenus..... soit 1/152
2.205 condamnés..... soit 1/177
Sur 59.473 engagés, il y a eu :
1.516 prévenus..... soit 1/39
1.322 condamnés..... soit 1/45

Enfin, la statistique médicale de l'armée nous apprend qu'il existe des groupements militaires où la proportion des réformes pour aliénation mentale est notablement plns élevée que dans le reste de l'armée. Si la proportion de ce genre de réforme a été évaluée en moyenne à 0,4 pour mille, dans l'armée, pendant les années de 1893 à 1896, celle-ci s'accroît considérablement si l'on envisage les compagnies de discipline, les prisons militaires, les pénitenciers et les ateliers de travaux publics.

Compagnies de discipline

Année	Nombre de cas	Effectif	Proportion °/₀₀
1893	0	771	0
1894	2	875	2,3
1895	4	902	4,4
1896	5	707	6,9
			3,4 °/₀₀

Prisons, Pénitenciers, Ateliers de travaux publics

Année	Nombre de cas	Effectif	Proportion °/₀
1893	6	4.935	1,2
1894	6	5.204	0,9
1895	10	5.024	2
1896	6	4.076	1,5
			1 1/2 °/₀₀

Ce sont ces données de la statistique qui ont été résumées par Granjux [1] dans les trois propositions suivantes :

1° Il y a, aux bataillons d'Afrique, deux fois plus d'aliénés que dans l'armée ;

2° Il y a dans les prisons, pénitenciers et ateliers de travaux publics, quatre fois plus d'aliénés que dans le reste de l'armée ;

3° Il y a, aux compagnies de discipline, huit fois et demie plus d'aliénés que dans le reste de l'armée.

***

Nous venons de voir que l'armée renferme un certain nombre d'aliénés. L'aliéné, par définition, est un être qui, du fait de sa mentalité pathologique, est inadaptable au milieu social où sa présence constitue une cause de perturbation et souvent de danger. S'il est dans l'impossibilité de se plier aux exigences de la vie ordinaire, il éprouvera une difficulté plus grande encore à s'adapter aux conditions de la vie militaire et, en réalité, il ne s'y adaptera pas et toutes les tentatives qui pourront être faites pour essayer de l'y adapter échoueront radicalement. Mais voici le moment de penser au rôle que joue la discipline dans l'armée : un supérieur peut obtenir l'obéissance immédiate de son subordonné, quand celui-ci est un sujet normal ; la situation devient toute différente quand il s'agit d'un aliéné. Et si l'on songe que le code pénal militaire frappe de peines rigoureuses les infractions à la discipline et d'une manière générale toute manifestation de l'activité du soldat qui porte atteinte aux règlements, on aperçoit de suite l'immense intérêt qui existe, au point de vue simplement humanitaire, à éliminer de l'armée tous les sujets qui pourraient être exposés à encourir des punitions ou des condamnations parfois sévères, du fait de la maladie mentale dont ils sont atteints. Il ne faut pas oublier non plus le danger que ces malades peuvent constituer pour le milieu où ils vivent et les inconvénients qui résultent, au point de vue de l'exemple, des actes d'indiscipline que leur état morbide les amène à accomplir.

Leur élimination de l'armée doit donc être complète et cette élimination devient de plus en plus l'objectif des médecins militaires. Chaque année, un certain nombre de soldats aliénés est réformé, mais ce nombre représente-t-il la totalité des aliénés qui ont pénétré dans l'armée ?

Les faits se chargent de fournir la preuve du contraire et il n'est pas difficile de prévoir le sort du militaire aliéné dont l'état mental n'est pas apparu sous son véritable jour. Inadap-

[1] Congrès des médecins aliénistes de France. X° session. Marseille, 1899.

table au milieu, il n'arrive pas à satisfaire aux exigences de sa condition nouvelle et la compagnie de discipline, le conseil de guerre, la prison ou l'atelier de travaux publics sont pour lui les étapes successives d'une route qui doit fatalement aboutir, à la suite d'une série plus ou moins longue de douloureuses épreuves, à l'asile d'aliénés.

On conçoit dès lors que, pour qui veut s'attacher à la recherche des aliénés méconnus, dans l'armée, les investigations doivent être dirigées surtout du côté des corps d'épreuve et des établissements de répression. C'est pénétré de cette idée et pour continuer dans le milieu militaire les recherches que M. le Ministre de l'Intérieur avait bien voulu nous autoriser à faire, mon collègue le Dr H. Colin et moi, dans les établissements pénitentiaires civils que, convoqué, au mois d'octobre 1905, pour accomplir une période de service militaire, je demandai à être envoyé en Algérie et sollicitai de M. le Ministre de la Guerre, l'autorisation d'examiner quelques condamnés militaires, au point de vue des anomalies psychiques qu'ils pouvaient présenter. Je tiens à dire de suite, que l'intérêt de cette étude n'échappa à aucun de ceux dont il dépendait que je pusse l'entreprendre et que ma demande fut favorablement accueillie : j'en remercie bien sincèrement M. le Médecin-Inspecteur Benech, directeur du service de santé du 20e corps d'armée, M. le Médecin-Inspecteur Darricarrère, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'armée, qui était, à l'époque, directeur du service de santé de la division d'Alger, et M. le Médecin principal de 1re classe Colnenne, alors médecin-chef de l'hôpital militaire du Dey, et aujourd'hui directeur du service de santé de la division d'Alger.

Je n'ai eu que le regret de ne pouvoir consacrer un temps aussi long que je l'eusse désiré, à l'examen des détenus. Chargé d'un service à l'hôpital militaire du Dey et d'expertises médico-légales relatives à des soldats, en prévention de conseil de guerre, je fus conduit à restreindre le plan que je m'étais primitivement tracé et dont l'exécution, à elle seule, eût exigé la durée des deux périodes consécutives de vingt-huit jours que j'accomplis en Algérie. Néanmoins, les quelques faits que j'ai observés ont suffi à faire naître chez moi la conviction qu'il existe dans les établissements de répression militaire un nombre assez considérable d'aliénés.

J'ai examiné, à l'atelier de travaux publics d'Orléansville[1],

[1] Je remercie M. le lieutenant Vaingnedroye, qui commandait, au moment où j'y passai, l'atelier de travaux publics, de toutes les facilités qu'il me donna pour l'examen des détenus et tiens à rendre hommage aux sentiments d'humanité qui dirigent cet officier dans l'accomplissement d'une tâche difficile.

avec le Dr Bergé, chargé du service médical de l'établissement, une vingtaine de détenus, et le résultat de cet examen a été la proposition pour la réforme de sept des sujets soumis à l'examen. Ceux-ci étaient, en majorité, des faibles d'esprit, dont le niveau intellectuel ne s'élevait pas, pour la plupart, au-dessus de l'imbécillité et qui, en bonne justice, n'auraient jamais dû être incorporés. Un autre était atteint de délire de persécution et le dernier présentait, sous forme d'impulsions à la violence, les manifestations les plus dangereuses du mal épileptique.

Je tiens à rapporter aussi brièvement que possible l'observation de quelques-uns de ces sujets.

Observation *(résumée)*. — X. âgé de 30 ans, inscrit maritime appelé, fut envoyé au Tonkin où, attaqué par des pirates chinois, il se trouva un jour en danger de mort. A la suite de cet incident, il perdit connaissance et fut transporté à l'hôpital où, pendant 4 mois, il demeura dans un état complet d'inconscience avec agitation tellement vive qu'on dut constamment le revêtir de la camisole de force et l'isoler dans une cellule. Il n'a connaissance de toute cette période de son existence que par les récits de ses camarades; il n'en a conservé aucun souvenir.

Envoyé en convalescence dans sa famille, un jour, il « tira une bordée », entraîné par des camarades qui l'emmènent dans un restaurant où ils se font servir à manger sans l'avertir qu'ils n'avaient pas d'argent pour payer le repas.

Il en résulte pour lui une condamnation à trois mois de prison et son envoi au 1er bataillon d'Afrique.

Un jour, à la section de discipline du bataillon, il jeta sans en avoir conscience un camarade dans un puits.

Au bout d'un an, il n'avait pas encouru de punition, lorsqu'un matin, à l'école de pointage, le caporal lui dit que son fusil était mal pointé : il se fâche, saisit le caporal, le jette à terre et le menace de sa baïonnette.

Intervention du sergent qui accourt à la défense du caporal, il injurie le sergent mais ne le frappe pas, puis il lacère une tente et jette son fusil dans un puits.

Il n'a conservé aucun souvenir de son altercation avec le sergent et si celui-ci ne lui avait pas raconté ce qui s'était passé entre eux, il l'eut toujours ignoré.

« J'étais coupable avec le caporal, me disait-il, mais pas avec le sergent, je ne savais pas ce que je faisais. » Il ne reprit connaissance qu'à la salle de police où il fut conduit, non sans opposer une vive résistance.

Condamné pour ces faits à 5 ans de travaux publics par le Conseil de guerre d'Oran, il fut envoyé à l'atelier de travaux publics d'Orléansville. Pendant deux ans, rien d'anormal, il n'a pas de punition et a la réputation d'un excellent travailleur.

Au mois de mai 1905, étant au travail, sans motif et tenant à la

main, un manche de pioche, il se précipite brusquement et en courant sur un sergent qu'il aimait bien cependant, dit-il, et, arrivé vers lui, prononce ces mots : « je vais te tuer. »

C'est le sergent lui-même qui m'a raconté l'incident et il avait parfaitement observé qu'au moment où le soldat s'était précipité vers lui, il était très pâle et avait l'œil hagard. Ce dernier n'avait encore conservé aucun souvenir de cette scène, à la suite de laquelle il fut malade pendant 8 jours, avec un violent mal de tête.

Nouvelle plainte en conseil de guerre, mais un non-lieu intervint.

Trois jours avant mon passage à Orléansville, il s'était précipité brusquement et sans en avoir conscience sur un camarade de chambrée pour le frapper. Le fait se reproduisait assez fréquemment puisqu'il demandait à aller au chantier avec certains camarades parce que ceux-ci s'apercevaient du moment où il allait avoir une impulsion violente et le retenaient avant qu'il ait eu le temps de faire du mal.

Une autre fois, dans les mêmes conditions, il avait injurié un sergent-major qui ne le punit pas.

Au mois de juillet 1904, il eut pour la première fois une attaque convulsive avec perte de connaissance, écume à la bouche, urination involontaire. Il en eut une seconde au mois de septembre et deux dans le cours de l'année 1905, une en février, l'autre en septembre.

Voilà donc un détenu qui est atteint d'épilepsie, le diagnostic ne saurait être douteux, son observation est un cas classique d'automatisme comitial. Les faits qui ont motivé sa condamnation dépendaient incontestablement de la névrose, et, à l'atelier de travaux publics, il constituait un danger permanent pour tous ceux à côté de qui il vivait.

J'espère qu'aujourd'hui il est réformé et placé dans un asile d'aliénés.

Observation *(résumée)*. — Z. est atteint de délire de persécution. Il présente des stigmates physiques de dégénérescence très apparents.

Engagé volontaire dans l'infanterie de marine, il reste dix-huit mois sans encourir de punition puis est condamné une première fois à 6 mois de prison par le conseil de guerre pour détérioration d'effets. S'étant présenté à la visite 4 fois sans être reconnu malade, il avait déchiré des souliers qui lui faisaient mal aux pieds.

A Rochefort, ayant 4 mois de service à accomplir avant d'être libéré, il refuse le peloton, voulant réclamer au colonel. Le conseil de guerre le condamne à deux ans de prison qu'il fait à Bordeaux.

Il ne peut supporter le régime cellulaire « il lui faut de l'air, ne peut se sentir enfermé ». Il déchire tous ses effets, acte qui le fait condamner à 2 ans de travaux publics.

Depuis 13 mois qu'il se trouve, à Orléansville, il n'a eu comme punition que 29 jours de cellule, en trois fois.

C'est alors qu'il se trouvait au camp qu'il a commencé à se plaindre de ses camarades qui lui faisaient mille misères, prétendait-il; il s'imaginait qu'ils voulaient lui faire du mal et, un jour, où il avait vu dans une marmite bouillir des feuilles ressemblant aux feuilles d'eucalyptus, il pensa qu'on préparait un breuvage que l'on mélangerait à son café pour l'endormir afin de pouvoir le pendre pendant son sommeil.

Il les a entendus s'entretenir, en argot, sans prononcer un nom, d'un individu qu'il fallait supprimer parce qu'il était un mouchard. Nul doute qu'il ne s'agit de lui.

On cherchait à l'assommer sans qu'il puisse crier à la garde. « Ils sont coquins, me disait-il, mais je suis aussi coquin qu'eux. »

Il refuse un soir de retourner au camp parce que le matin il avait aperçu une ceinture entre les mains d'un camarade, et s'était imaginé qu'un autre faisait le guet, et qu'il s'agissait de préparer sa pendaison, qui était remise au soir, n'ayant pu être effectuée le matin parcequ'il s'était échappé, l'heure du chantier étant arrivée.

« Ils ne se disaient rien, mais se lançaient des coups d'œil ! » « On ne peut pas croire ce que je dis parce qu'il n'y a pas de trace. »

On le traite de mouchard. Il ne veut pas servir de polichinelle à ces messieurs. Il sait qu'il y en a qui cherchent à faire un mauvais coup pour aller aux travaux forcés et il tremble constamment pour lui.

Il s'agit, dans le cas particulier, d'un aliéné véritable qui présente un délire de persécution basé sur des interprétations délirantes. Sous l'influence de leurs conceptions délirantes, les malades de cette catégorie peuvent être amenés à réagir violemment contre ceux qu'ils considèrent comme leurs persécuteurs et constituent de ce fait un danger pour ceux qui les entourent.

Je ne dirai qu'un mot des autres détenus proposés pour la réforme qui étaient tous atteints d'imbécillité ou de débilité mentale très accentuée. J'aurai sans doute l'occasion de publier ultérieurement avec les développements qu'elles comportent, les observations que j'ai recueillies.

L'un, âgé de 28 ans, n'avait jamais été condamné avant d'être soldat. Il est appelé de la classe 1896. Il a encouru deux condamnations à cinq ans de travaux publics chacune, après avoir passé d'abord par la compagnie de discipline. Toutes ces condamnations sont la conséquence de réponses grossières à ses chefs. Son discernement est très restreint et il est incapable de calculer la portée de ses actes.

C'est encore le cas de celui-ci qui a fréquenté l'école, pendant 5 ou 6 ans, sans arriver à apprendre à lire et qui ne sait écrire que son nom.

Il est âgé de 32 ans et soldat appelé de la classe 1893. Il n'a jamais pu apprendre suffisamment le métier de tisserand et a passé son enfance à vagabonder.

Puni pour répondre à ses chefs, je lui demande s'il leur tenait des propos grossiers. Non, répond-il, je leur disais : « tu m'em..., tu me fais ch... »

De la compagnie de discipline, il va à l'atelier de travaux publics de Bougie où il passe cinq fois au conseil de guerre.

Lors de sa dernière condamnation, son avocat fit remarquer à ses juges qu'il serait mieux à sa place dans une maison d'aliénés que devant un conseil de guerre. Ceux-ci le condamnèrent néanmoins, en disant qu'il était un mauvais sujet, indigne de pitié.

Son état d'imbécillité lui donne tous les droits à l'hospitalisation dans un asile.

Le troisième âgé de 23 ans, soldat appelé, a un niveau intellectuel des plus faibles. Très timide, il fut dès son arrivée au régiment, la victime de ses camarades qui se moquaient de lui et le tournaient en ridicule. On lui donnait des coups de poing en passant près de lui, on renversait son lit 4 ou 5 fois par nuit etc. A l'atelier il est également un souffre-douleur et cependant il n'osait pas se plaindre ; on finit par apprendre indirectement qu'il était malmené parce qu'il se refusait à laisser satisfaire sur lui les passions contre-nature de ses camarades, et on le changea de chambre. Sa première condamnation fut prononcée pour refus d'obéissance alors qu'il était au 86e de ligne. Il avait refusé d'aller à la douche parce qu'il n'osait pas se déshabiller devant les autres qui se moquaient de lui. A la prison, il se faisait mettre en cellule pour éviter les persécutions dont il était l'objet ; un jour sous l'influence d'un mouvement qu'il ne put expliquer, il brisa les vitres de sa cellule et fut pour ce fait condamné à deux ans de travaux publics.

Les deux autres sont également atteints d'imbécillité et leur histoire ne présente aucune particularité très saillante, l'un est engagé volontaire et l'autre soldat appelé ; mais chez tous deux l'infériorité intellectuelle est égale et eût dû suffire à les exclure du service militaire.

Je ne fais que citer le cas d'un dément précoce, en prévention de conseil de guerre que j'ai eu l'occasion d'examiner, au point de vue médico-légal, à l'hôpital du Dey, où il avait fini par être mis en observation, après avoir été, en moins de quatre mois puni de 200 jours de prison à son régiment et envoyé dans une compagnie de discipline. Interné, à la suite de mon rapport, dans un asile d'aliénés, il se trouvait, au mois de juin dernier, alors que le médecin de l'asile m'écrivait

pour me donner de ses nouvelles, dans un état complet de démence.

Pour éviter le reproche que l'on adresse souvent aux spécialistes de l'aliénation mentale, de voir partout des aliénés, je m'étais attaché à ne signaler, à l'atelier de travaux publics, comme devant être réformés, que les détenus dont l'état mental ne pouvait donner lieu à aucune discussion et appartenant à des espèces cliniques dont la légitimité est définitivement établie. Et si j'ai attendu une année avant de dire quelques mots, dans une revue médicale, du résultat de mes recherches, c'est afin de ne pas laisser supposer comme aurait pu permettre de le faire une publication hâtive et bruyante, que mon initiative pouvait avoir un but autre que l'utilisation, pour une œuvre humanitaire, de mes aptitudes professionnelles. Il importait aussi de ne pas compromettre, à son début, en en dénaturant le caractère, une tentative qui, si j'en crois mon observation personnelle, doit être féconde, car, à mon avis, un grand nombre des hôtes des ateliers de travaux publics devraient être l'objet d'un examen mental et c'est aussi l'opinion d'un officier qui a de ces sujets une connaissance approfondie. Un tel examen, pratiqué par des médecins familiarisés avec la clinique des maladies mentales et en collaboration avec des médecins de l'armée, conduirait certainement à la découverte, dans les pénitenciers militaires d'une proportion notable d'aliénés. Il a été publié, d'ailleurs, de nombreuses observations de soldats qui, frappés de condamnations, et reconnus aliénés au cours de l'accomplissement de leur peine, l'étaient déjà, au moment où ils furent condamnés. Avec Giraud, Duponchel, Catrin, Régis, A. Marie, Tissié, Granjux, Ferris, Pareau, Kagi, Cazeneuve, H. Colin et moi-même en avons rapporté des exemples, et ce sont autant de faits qui viennent encore à l'appui de la thèse que je soutiens ; mais je n'insiste pas, la question des aliénés militaires méconnus et condamnés devant faire, pour moi, l'objet d'un prochain article. A l'étranger les cas de ce genre ne sont pas moins fréquents, il suffit pour s'en convaincre de se reporter aux travaux de Schræter, de Stier, de Dums, d'Alt, etc. en Allemagne ; de Saporito, Morselli, Frigerio, Bianchi etc. en Italie. Ces erreurs judiciaires, j'ai hâte de le dire, ne sont pas spéciales à la justice militaire, la justice civile peut de son côté, en revendiquer une large part et d'un côté comme de l'autre, les causes qui leur donnent naissance sont analogues.

***

La situation qui vient d'être exposée et qui est de tous les pays, a éveillé partout de légitimes préoccupations et provoqué la recherche des moyens propres à y mettre un terme.

Ces moyens doivent, à mon avis, répondre à une triple indication.

A. — Ils doivent mettre obstacle à l'entrée dans l'armée des sujets qui portent de lourdes tares névropathiques.

Leur élimination devrait s'effectuer au moment du conseil de révision ou de la revue d'incorporation et la plupart des auteurs que j'ai cités ont pensé que cette élimination serait favorisée par une large diffusion des études psychiatriques, dans les écoles de médecine militaire. J'ajouterai que la même diffusion ne serait pas moins indiquée dans les facultés de médecine en général, car il est aujourd'hui encore possible qu'un médecin, en vertu du droit que lui confère son diplôme de docteur, puisse signer un certificat d'internement sans avoir jamais, au cours de ses études, observé un seul aliéné.

Mais l'examen du médecin devrait aussi, comme on l'a demandé, être facilité par des renseignements fournis par l'autorité administrative, principalement en ce qui concerne les jeunes gens qui auraient été antérieurement internés, et par les maires qui assistent au conseil de révision, avec voix consultative, pour ceux dont la déséquilibration serait de notoriété publique, dans la commune à laquelle ils appartiennent.

Pour les engagés volontaires, Landouzy, Régis, Granjux, Cazeneuve demandent même la constitution d'un dossier sanitaire qui devrait être produit avant la signature de l'engagement; Cazeneuve indique que cette idée est déjà réalisée en partie, de l'autre côté du Rhin, pour les candidats à l'Académie militaire de Berlin et en Saxe, où existe l'obligation de déclarer si un conscrit a déjà été interné dans un asile d'aliénés.

B. — Il faut arriver à une réforme rapide des sujets incorporés qui présentent des anomalies psychiques.

C'est ici que des connaissances psychiatriques indiscutées et faisant autorité auprès du commandement, permettraient aux médecins d'exercer une bienfaisante influence, surtout s'ils tenaient compte de la sollicitude avec laquelle leur attention est orientée par quelques directeurs du service de santé, vers cet ordre d'investigations.

J'ai en effet sous les yeux une circulaire de M. le Médecin-Inspecteur Benech donnant aux médecins du 20e corps d'armée, des instructions sur le soin qu'ils doivent apporter dans la recherche, chez les militaires, des inaptitudes psychiques au service et sur la lecture des ouvrages qui peut utilement les guider dans cette tâche. A l'appui de cette circulaire, il rapporte une intéres-

sante observation du médecin-major Frache, relative à un jeune soldat qui présenta des troubles mentaux, à son arrivée au régiment, et fut proposé un mois plus tard pour la réforme. « L'intérêt que peut présenter cette observation, ajoute-t-il, paraît résider dans le fait suivant : il semble que l'arrivée au régiment avec son cortège de faits insolites, l'éloignement de la famille, la vie en commun, aient déterminé un déséquilibre mental dans un organisme prédisposé et atteint de dégénérescence nerveuse. Ce déséquilibre ne sera probablement que momentané, et cessera lorsque F... sera rendu définitivement à sa famille. »

Cette remarque est le fruit d'une judicieuse interprétation des faits et je pourrais, pour ma part, rapporter deux cas analogues que j'ai eu récemment l'occasion d'observer dans mon service.

Mais malheureusement, les médecins ne peuvent pas suivre les jeunes soldats après leur arrivée à la caserne, et c'est aux officiers chargés de leur instruction qu'incombe le soin de signaler ceux qui leur semblent anormaux.

La sélection, quelle que puisse être la bonne volonté des officiers, ne repose dès lors que sur des données bien incertaines et c'est, par suite d'une inexacte interprétation des mobiles qui les font agir, que l'on voit s'acheminer vers les tribunaux militaires ceux dont l'état de maladie a été, dans ces conditions, méconnu.

L'extension de l'expertise psychiatrique à tous les sujets qui relèvent du conseil de discipline ou du conseil de guerre, conduirait à en retenir un certain nombre, qui sont des malades, au seuil des établissements de répression. Cette extension de l'expertise a été réclamée par la plupart des auteurs que j'ai déjà cités.

Elle ne rencontrerait pas, je pense, d'hostilité dans les milieux médicaux de l'armée, si j'en juge par les éléments d'appréciation dont je dispose. J'ai eu l'occasion de m'entretenir de cette question avec M. le Médecin-Inspecteur Darricarrère, alors qu'il était directeur du service de santé de la division d'Alger, et il se proclamait partisan de la création en Algérie, en raison des corps spéciaux qui s'y trouvent, d'un poste de médecin militaire aliéniste dont le titulaire aurait été préparé à l'accomplissement de ses fonctions par une étude approfondie de la pathologie mentale et un stage prolongé dans des services consacrés au traitement des aliénés. De même qu'il existe maintenant des élèves du Val-de-Grâce qui sont plus particulièrement exercés aux travaux de laboratoire, à l'histologie, à la bactériologie, il lui semblait logique qu'il y eût également parmi

ces élèves, des médecins pourvus d'une instruction spéciale, au point de vue de la médecine mentale.

Le directeur actuel du service de santé de la division d'Alger, M. le Médecin principal Colnenne, avec qui j'ai eu, à l'hôpital du Dey, de fréquents entretiens sur le même sujet, m'a semblé également acquis à ces idées humanitaires.

C. — Enfin, il importe de ne pas oublier qu'il existe dans les pénitenciers militaires, dans les ateliers de travaux publics, des condamnés qui sont des aliénés et dont la véritable place se trouve, non pas dans des établissements de répression, mais dans un asile destiné au traitement des maladies mentales.

Un rapide examen, au point de vue de l'état mental, de tous les détenus, pratiqué avec la compétence que donne l'habitude d'observer les aliénés, permettrait d'opérer facilement cette sélection. Et si l'examen de la totalité des hôtes des ateliers de travaux publics, semblait une tâche trop considérable, cet examen, limité à ceux qui se seraient signalés par quelques singularités de conduite, par le caractère exceptionnel des causes de la condamnation, ou par la multiplicité des punitions, en un mot à tous ceux qui auraient éveillé, par une particularité quelconque, l'attention des directeurs de ces établissements, un tel examen, dis-je, suffirait déjà à la réparation de la majorité des erreurs judiciaires.

« L'idée que l'un de nos semblables peut être indûment retenu dans un établissement d'aliénés est intolérable à la conscience humaine : il n'en est point qui soulève dans l'esprit public de plus vive et de plus juste émotion. »

Ainsi s'exprimait, dans sa circulaire du 18 juin 1906, M. le Président du Conseil.

Pourquoi faut il, hélas ! que la certitude que des aliénés sont indûment retenus dans des établissements pénitentiaires ne provoque pas la même émotion ?

Une enquête approfondie, poursuivie avec la rigueur de la méthode scientifique, me paraît s'imposer. Il est inutile d'insister sur le but humanitaire d'une œuvre semblable et j'espère que l'autorité supérieure ne refusera pas de m'accorder de poursuivre les recherches que j'ai déjà commencées.

LETTRE ETRANGÈRE

ASSISTANCE DES ALIÉNÉS EN PORTUGAL

Par le Dr MAGALHAES LEMOS

Médecin de l'Hopital du Conde de Ferreira (Porto)

Nous avons quatre établissements consacrés aux aliénés : deux publics — l'hôpital de Rilhafolles (à Lisbonne) et l'hôpital du Conde de Ferreira (à Porto), et deux privés — l'Institut des frères de Saint-Jean de Dieu, situé au Telhal (à 15 kilomètres de Lisbonne), pour les hommes, et l'Institut des sœurs hospitalières du Sacré-Cœur de Jésus, situé à Idanha (tout près de Bellas) pour les femmes. Tous ces établissements reçoivent des pensionnaires et des indigents.

L'hôpital de Rilhafolles est le premier établissement qui, en Portugal, a été entièrement consacré au traitement des aliénés — avant cette époque on les soignait surtout à l'hôpital S.-José, (Lisbonne). [1] — Sa création remonte à 1848, son origine fut l'adaptation d'un vieux bâtiment; mais ensuite, l'installation primitive a été à plusieurs reprises agrandie et améliorée. L'hôpital de Rilhafolles possèdé un règlement spécial qui lui donne une certaine autonomie parmi les hôpitaux civils de Lisbonne, dont la surintendance et la direction appartiennent à une adminstration centrale, nommée par le gouvernement. Cette administration composée d'un chef, *enfermeiro-mor*, qui doit être choisi entre les médecins les plus renommés, un adjoint et un secrétaire, dirige les services techniques, et économiques de tous ces hôpitaux.

Le service médical de l'hôpital de Rilhafolles est assuré par deux médecins : le Dr Bombarda, médecin directeur, (division des hommes) et le Dr Cœtano Beirao, médecin externe (division des femmes). Le service de chirurgie appartient au Dr Alfredo Schultz. Rilhafolles reçoit des aliénés des deux sexes, indigents et pensionnaires ; et la moyenne de la population qui y a été hospitalisé de 1903 à 1904, est de 758,4 malades.

L'organisation interne est, à peu de chose près, celle de l'hôpital du Conde de Ferreira ; le placement, volontaire ou d'office, et la sortie se font avec les mêmes formalités, dans les deux asiles.

L'hôpital du Conde de Ferreira [2], dû à la grande générosité de cet excellent citoyen, et qui a été inauguré le 24 mars 1883, est un vaste édifice composé de quatre ailes, et deux pavillons [3] entourés

[1] *Ann. médico-psychologiques*, 1844. Tome III, p. 363. Note sur l'état des aliénés en Portugal, à Madère, et à Ténériffe, par G. Marchant.

[2] On a dépensé pour sa construction 2.912.130 fr. et l'excédent du legs du Conde de Ferreira, nous donne un revenu annuel de reis 256.844 fr. appartenant exclusivement à l'hôpital.

[3] Depuis six mois il existe un autre pavillon annexé à l'hôpital, bâti aux frais du gouvernement, et où sont reçus, à fin d'observation médico-légale, les criminels des deux sexes suspects d'aliénation. L'internement définitif de ces criminels, qui sont reconnus aliénés, se fait à l'asile de Rilhafolles, où les attend un quartier de sûreté.

de jardins, occupés par les malades ; comme dépendances, existent quelques bâtiments isolés où sont installés les usines, la typographie, la blanchisserie, la lingerie, la cuisine, le laboratoire, l'atelier photographique, etc.

Cet établissement dépend de la Miséricorde de Porto, institution charitable et glorieuse entre toutes, dont l'origine remonte à la reine D. Leonor (xve siècle) et qui est administrée par une commission spécialement élue à cet effet-ci. Notre hôpital est cependant un établissement autonome ; il est aussi, dé par son origine, la provenance de son budget et l'absence de l'intervention de l'autorité administrative, un établissement privé, mais qui, en réalité, fait fonctions d'asile public. L'hôpital, qui comporte une population de 520 malades (hommes et femmes) reçoit des pensionnaires et des indigents, nationaux et étrangers ; il est presque toujours plein. Les indigents, sont obligés d'attendre leur place un, deux et même trois ans après que la demande d'admission a été faite !

Le personnel médical — nommé par une commission de la Miséricorde, après un concours sur titres — comprend un médecin-directeur, le Dr Julio de Mattos, un médecin-adjoint, le Dr Magalhaes Lemos, trois médecins en chefs, les Drs Costa Ribeiro, Lemos Peixoto et Forbes Costa, et deux médecins suppléants, les Drs Cardoso e Silva et José de Magalhaes. Le médecin directeur et le médecin-adjoint résident dans une dépendance de l'hôpital ; les autres médecins sont externes. Le médecin adjoint, en dehors d'autres attributions, est chargé par le règlement d'un service dont il est le maitre responsable, absolument comme les autres médecins dans les salles qui leur sont attribuées. Une population de 520 malades est donc soignée par cinq médecins en chef aidés par deux médecins suppléants.

Il n'y a pas d'élèves internes ni externes qui soient attachés au service, mais il y a accidentellement des étudiants en médecine qui suivent la visite médicale et qui cherchent des sujets pour leur thèse.

Trois fois par semaine, une consultation externe pour les maladies mentales et nerveuses, est faite par les médecins internes.

Le placement (volontaire ou d'office) et la sortie des malades se font d'après les règlements de l'hôpital, à peu près calqué dans ce chapitre, sur la loi française du 30 juin 1838, et qui est beaucoup trop long pour que je puisse le reproduire ici. Je dois cependant spécifier que nous usons largement des sorties d'essai ; l'expérience nous prouve que c'est là une mesure excellente à tous égards, et d'une utilité incontestable ; en cas de rechute, les malades peuvent être réintégrés sans aucune formalité.

Dans le but de venir en aide immédiatement après leur sortie aux malades guéris, mais pauvres et sans protection qui ne sont pas en mesure de faire face à leurs premiers besoins avant de trouver une place, il a été créé à l'hôpital, une caisse spéciale de bienfaisance. Cette mesure remplace d'une façon imparfaite les sociétés de patronage aux aliénés guéris, qui n'existent pas chez nous.

Le personnel infirmier est laïque, et il reçoit une instruction élémentaire grâce à des cours que fait à l'hôpital un des médecins suppléants. Il est composé pour chaque division de 7 infirmiers ou infirmières, 3 adjoints et 25 gardiens ou gardiennes.

Un Fiscal (sorte de surveillant) veille à l'exécution des ordonnances et des prescriptions médicales, assure le service et la surveillance de l'hôpital.

Les dortoirs, chambres, corridors, salons, etc., sont éclairés au gaz, qu'on espère remplacer bientôt par l'électricité.

Il n'existe pas de calorifères dont le besoin, pourtant, se fait sentir tous les hivers.

Autant que possible, et à défaut de galeries couvertes, les malades passent la journée en plein air, dans les jardins qui entourent l'asile.

Un concert instrumental a lieu tous les quinze jours.

L'Institut des frères de Saint-Jean de Dieu, qui a été créé en 1883 exclusivement pour les hommes, est situé au Telhal, à 15 kilomètres de Lisbonne, où il occupe une vaste propriété. Il reçoit des pensionnaires (de quatre classes) et des indigents : on y hospitalise actuellement 84 malades (dont 60 indigents), mais il peut en recevoir une centaine.

l'Institut des sœurs hospitalières du Sacré Cœur de Jésus, dirigé par l'Institut des frères, est dû, comme celui-ci, au prêtre Fray Benito Menni, intelligent fondateur de la congrégation. Il est situé à Idanha, et exclusivement destiné aux femmes, on y soigne 23 pensionnaires (de quatre classes) et 75 indigents, mais il possède 150 lits.

Le service médical des Instituts est à la charge du Dr Rodolpho de Silva Telles.

A Funchal (île de Madère), et grâce à l'initiative particulière, a été inauguré le 24 avril le Manicome Camara Pestana, qui n'est que l'embryon d'un établissement futur, mais qui, dès à présent, contient difficilement 22 malades (hommes et femmes, pensionnaires et indigents).

Est-il nécessaire de parler des maisons de santé particulières, puisque nous n'en avons qu'une à Porto, qui reçoit régulièrement des aliénés, et une autre à Lisbonne ? On soigne dans ces maisons une moyenne de 20 malades par jour.

Nous avons donc 1460 aliénés hospitalisés dans les quatre établissements consacrés à leur traitement ; or notre population dépasse cinq millions d'habitants, sur lesquels il y a probablement plus de 12.000 aliénés [1]. La proportion des aliénés internés est,

[1] Il est impossible d'indiquer le chiffre exact des aliénés portugais, parce que des documents précis manquent à cet égard ; le Dr Senna, en s'appuyant sur une enquête faite à grand'peine en 1882, évalua à 6.000 les aliénés existant à cette époque, en plus de ceux qui étaient internés à Rilhafolles, et qui devaient être plus de 700. Mais en réfléchissant aux lacunes et à toutes causes d'erreur, *toujours en moins*, qui pullulent dans cette statistique, je crois pouvoir affirmer avec Julio Gama, que nous avons aujourd'hui 12.000 aliénés, au bas mot — Une statistique organisée en 1878 avait déjà relevé 8.363 aliénés.

donc, chez nous de 12,1 p. 100 ; les autres vivent en liberté. Il est inutile d'insister sur les conséquences de cet état de choses ; aussi, et pour parer au danger social qui en résulte, feu le Dr Senna, justement alarmé. a obtenu que les cortès portugaises décrétassent le 4 juillet 1889 la *loi de bienfaisance publique des aliénés*, qui autorise le gouvernement au recouvrement de divers impôts, exclusivement destinés à l'assistance des aliénés, et qui, du même coup, l'oblige :

1° A bâtir trois hôpitaux pour les aliénés : l'un à Lisbonne, l'autre à Coimbre et l'autre dans l'île de Saint-Michel (Açores) ;

2° à bâtir un asile pour les incurables à Porto ;

3° à créer des infirmeries annexes aux Pénitenciers centraux ;

4° enfin à transformer en un asile pour 300 idiots, épileptiques et déments inoffensifs l'hôpital de Rillhafolles.

Voici ce que le gouvernement portugais était tenu de faire, par la loi même ; et pourtant notre gouvernement, qui depuis 16 ans recouvre soigneusement les sommes destinées à l'hospitalisation des aliénés, a oublié, jusqu'à présent, de les employer à leur but légal! C'est inouï ! mais il serait déplacé de blâmer ici le gouvernement de l'emploi inavouable qu'il fait de l'argent versé par les contribuables dans les caisses publiques pour le traitement des plus infortunés des malades, soit plusieurs millions de francs chaque année. Il faut cependant l'avouer, c'est une façon assez originale, de comprendre les devoirs qu'impose l'assistance publique, et d'administrer le patrimoine des aliénés. Il est urgent de porter remède à cette situation qui est à la fois inhumaine et honteuse.

Une mesure très utile, et qui, à mon avis, s'impose, parce qu'elle désencombrerait nos deux asiles, et aiderait de la sorte à résoudre économiquement le grave problème, médical et social, qui se pose devant nous, c'est la création de colonies familiales pour les déments et les chroniques inoffensifs : mais on n'y pense pas.

LES CONGRÈS

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL POUR L'ASSISTANCE AUX ALIÉNÉS

Milan 26-30 Septembre 1906

Le deuxième Congrès international pour l'Assistance aux Aliénés, qui vient de se tenir à Milan à la fin de septembre, marque une étape dans le mouvement général qui s'accentue en Europe vers la réorganisation du régime général des Asiles et la réforme de la législation spéciale aux Aliénés.

Depuis le premier Congrès qui s'était tenu à Anvers en 1902, et dont le succès avait encouragé l'organisation de Congrès ultérieurs

similaires, certains progrès se sont réalisés dans le mode d'assistance aux malades psychiques, qui ont droit au même titre que les autres, au régime de l'hôpital et non de la « garderie », de la liberté relative et variable avec l'état de chacun, et non de la séquestration rigoureuse dans les vastes agglomérations fermées que sont nos Asiles actuels.

Telle est l'idée générale qui se dégage des rapports et communications dont nous donnons le compte rendu sommaire, et qui prend un caractère officiel du fait de la participation des gouvernements à la réunion et au fonctionnement de cette assemblée.

Le mérite en revient à ses éminents organisateurs les professeurs BIANCHI et TAMBURINI, secondés par l'activité du Dr FERRARI, secrétaire général. Les ministres de l'Intérieur, des Affaires étrangères et de l'Instruction publique représentaient dans le Comité leur gouvernement ; on remarquait la présence du grand anthropologiste LOMBROSO au milieu de ses confrères italiens.

Tous les Etats d'Europe, ainsi que les Etats-Unis, le Brésil, le Japon, etc., y étaient officiellement représentés. La France était représentée par les Drs VOISIN, MARIE (de Villejuif), PACTET, BONNET, COURJON, Lucien GRAUX, SÉRIEUX, LEGRAIN, etc., qui présentèrent des rapports intéressant tous les thèmes proposés.

Le Congrès approuva tout d'abord une communication du Dr FRANCK, de Zurich, demandant la fondation d'un Institut International ayant pour but d'établir et de combattre les causes des maladies mentales : « Considérant que les connaissances relatives aux maladies mentales ne sont pas suffisamment coordonnées, et que la vie moderne usant le système nerveux a augmenté et menace d'agrandir encore le chiffre des affaiblis et d'aliénés ».

L'abondance des rapports et des communications répondant à chaque thème général nous empêche d'analyser entièrement les uns et même de citer toutes les autres. Toutefois le compte rendu des principaux travaux français et étrangers s'impose pour donner la note générale de l'esprit du Congrès et servir d'indication aux recherches futures.

***

Le premier thème général proposé était : « *Des progrès de l'Assistance des Aliénés dans les différents pays depuis 1902 jusqu'à nos jours* ».

La séance qui a été consacrée à cette discussion a montré l'insuffisance du régime de 1838 et consacré le principe de l'Assistance familiale.

Les colonies familiales prévues par le projet de loi de M. DUBIEF ont été dès maintenant réalisées par la Préfecture de la Seine, et leur fonctionnement démontre la possibilité et l'avantage de ce mode d'assistance des aliénés tranquilles.

Elles ont fait l'objet d'un rapport du Dr Bonnet, directeur actuel de la Colonie de Ainay-le-Château qui depuis 1900 donne les mêmes résultats sérieux que son aînée, la Colonie de Dun-sur-Auron (Cher), fondée en 1892 par l'initiative du Dr MARIE ; la colonie

toute récente de Lurcy-Lévy, donne les mêmes espérances ; grâce à lui, grâce au Dr MARIE, au Dr LWOFF, au Dr VIGOUROUX, à tous ceux qui se sont occupés chez nous de ces Colonies d'aliénés, on peut dire qu'un grand pas a été fait dans le traitement moral et psychique de l'aliénation mentale.

M. le Dr BONNET préconise pour les aliénés chroniques inoffensifs le traitement à domicile qui constitue un progrès dont il faudra user largement dans l'avenir. L'assistance à domicile est utile aux malades en même temps qu'à la population qui les reçoit, et qui en retire des avantages moraux et matériels, puisque les paysans touchent pour un pensionnaire une allocation d'environ 700 francs, et sont conseillés, dressés, instruits par le médecin de la Colonie dont ils reçoivent les notions d'hygiène et de thérapeutique indispensables pour leur tâche.

L'Assistance publique, enfin, ne peut que se féliciter d'obtenir de si heureux résultats en dépensant 1 fr. 50 par malade et par jour au lieu de 2 fr. 90 qu'elle paye à Sainte-Anne. Mais ce sont surtout les malades qui retirent de ce régime le plus grand bienfait ; le Dr BONNET fait remarquer tous les avantages du placement familial qui constitue un traitement plus libéral et plus humanitaire de la folie.

Il est nombre d'aliénés chroniques inoffensifs qui demandent leur sortie avec insistance. Puisque leur internement ne doit pas amener leur guérison, puisqu'ils pourraient, sous réserve de surveillance, vivre au dehors, pourquoi les maintenir dans nos Asiles ?

L'asile fermé, l'asile-prison a été trop longtemps considéré comme le seul instrument sérieux de traitement ; pour bien des aliénés inoffensifs et chroniques, pour beaucoup d'aliénés convalescents, le séjour morne et attristant de l'asile est mauvais, et la monotonie de la vie, la paresse des cours ou des salles de réunions affaiblissent la vie cérébrale dans un moment où il faudrait la tonifier peu à peu ; le sentiment de la déchéance personnelle s'impose et quelquefois prépare la déchéance elle-même.

« Une lacune importante de nos grands Asiles, dit le Dr BONNET, dans son rapport, est de s'opposer à la rééducation psychique du malade ; la vie factice qu'il y mène lui interdit l'usage de ce qui lui reste de pensée. Nous voulons guérir son cerveau et nous tuons son libre arbitre. Le milieu social doit être utilisé pour concourir à la guérison ou au soulagement des aliénés. On ne l'a pas compris assez tôt.

« On s'étonnera plus tard qu'on ait pu tenir si longtemps des aliénés paisibles enfermés à l'intérieur des murailles inutiles qui rendent impossible son traitement moral ».

Au contraire, le placement d'aliénés dans les familles a comme résultat de réadapter à la vie et d'améliorer bien des malades jugés tout à fait incurables sans parler de tous les menus incidents qui réveillent l'intelligence en sollicitant son attention : la liberté relative, le bien-être, l'illusion de la famille et surtout le libre arbitre, constituent un puissant moyen de relèvement moral. On

peut s'en rendre compte dans les Colonies familiales de Dun-sur-Auron et d'Ainay-le-Château, toutes deux entretenues par le département de la Seine. Dun-sur-Auron compte plus de 900 aliénées femmes. Ainay-le-Château, de création récente, compte plus de 400 hommes, et 15 femmes aliénées qui sont employées au vestiaire de l'établissement central. La création récente par le département de la Seine de la Colonie de Lurcy-Lévy prouve à quel avenir est appelée l'assistance familiale. Cette innovation marque un progrès et constitue une solution simple, pratique, capable de donner un profit certain à ces déshérités.

M. le Dr Bonnet démontre que la cause de la Colonie familiale est gagnée. Ce qui a été fait pour la Seine est réalisable partout ailleurs, « l'exemple a été donné et il faut le suivre et s'appliquer à le perfectionner ».

Cette intéressante question a fait l'objet de rapports de plusieurs médecins étrangers.

Le Dr Konrad a rendu compte du fonctionnement du principe de l'assistance en Hongrie qui semble satisfaisant malgré son organisation récente.

« Le système de l'assistance familiale des aliénés n'a été introduit en Hongrie que l'année passée. Dans les parties transsylvaniennes du pays, dans les villages situés autour du Centre départemental de Dicsoöszt-Marton, on a fait l'expérience de placer les aliénés dans les familles. Des recherches préalables concernant le caractère et la situation économiques du peuple ayant démontré que ce but pouvait être atteint, nous avons transféré les malades par groupes de 10 à 15 à l'hôpital public de Dicsoöszt-Marton servant d'Asile Central provisoire. De là, les malades furent confiés aux familles disposant de logements convenables.

L'expérience a réussi, et aujourd'hui le nombre des malades vivant dans les familles est de 100 ; le nouveau pavillon pour les aliénés, qui dépend administrativement de l'hôpital est en construction ; un médecin aliéniste exerce déjà ses fonctions sur le terrain de l'assistance familiale.

Conclusion : Il serait plus utile et plus pratique que l'Etat lui-même, en créant des arrondissements départementaux avec des asiles centraux, prit l'Assistance familiale pour base de l'organisation du service des aliénés en Hongrie. D'autre part, il faudrait organiser des sociétés de patronage, pour soigner et surveiller convenablement les aliénés confiés à l'assistance omofamiliale.

M. le Dr Mac Donald a rappelé qu'en Ecosse, l'Assistance familiale constitue le régime des deux tiers des aliénés du royaume, qu'elle a depuis longtemps fait ses preuves au point de vue du bénéfice moral des malades et du profit pécuniaire de l'Etat et qu'elle mérite d'être appelée à un grand avenir.

Les 2/3 des aliénés pauvres confiés à l'assistance familiale habitent dans des maisons spécialement désignées par le *Général Board des inspecteurs du Gouvernement*, et qui en reçoivent deux, trois, quatre tout au plus. Les autres, de même que tous les malades qui

vivent sous la tutelle de leur famille, avec leurs parents, sont logés seuls ; et pour cette raison, la maison dans laquelle demeure seulement un malade n'a pas besoin d'autorisation spéciale. La somme moyenne payée aux gardiens étrangers pour l'entretien des malades est de 7 schillings (8 fr. 40 c.) par semaine. En outre le conseil de la paroisse fournit à chaque malade deux habits au moins, et les soins du médecin.

Lorsque le malade réside loin de la paroisse à laquelle il appartient, comme cela arrive généralement, cette assistance médicale est fournie par le médecin d'une paroisse plus proche, à la suite d'accords spéciaux.

En dehors de cela pourtant le *Général Board* exige que chaque malade soit visité tous les trois mois par son médecin, dont le rapport sur la situation du malade est enregistré dans un livre spécial, examiné par les médecins inspecteurs du gouvernement pendant leur inspection officielle.

Le *Général Board* exige encore une visite tous les semestres de l'inspecteur des pauvres, responsable des aliénés. En tout, la dépense pour de tels malades est de presque 10 francs par semaine. (Les malades qui vivent avec leurs parents coûtent moins au Conseil de la paroisse).

Si l'on réfléchit que la dépense moyenne pour l'entretien d'un malade dans la majorité des asiles écossais dépasse 10 schillings, et qu'il faut en outre tenir compte du prix des terrains et des bâtiments, il est évident que le système consistant à confier les aliénés pauvres à l'assistance privée réalise une économie sensible pour les contribuables.

L'Italie commence à annexer des colonies familiales à ses asiles et il ressort du rapport du Dr ANTONINI (d'Udine) que l'assistance aux aliénés a fait dans ce pays des progrès considérables depuis quelques années.

L'esprit de réforme et d'amélioration se fait ressentir partout aujourd'hui dans les asiles, de sorte que nous pouvons bien affirmer être dans une vraie période de transformation de tous nos établissements.

Et ce qu'on dit pour les bâtiments, on peut aussi l'affirmer pour le fonctionnement et l'organisation intérieure, qui furent améliorés même là où l'on n'aurait jamais songé qu'un souffle de modernité aurait pu pénétrer. On le doit en grande partie à la *Loi sur les aliénés* approuvée après une vingtaine d'années d'attente et d'espérance, le 14 février 1904, et plus encore peut-être, à l'élan vigoureux que les administrations provinciales reçurent des conditions politiques nouvelles, et de l'admirable essor économique de l'Italie.

Le Docteur DE WOSS a signalé les mêmes progrès par la Hollande où on organise l'assistance familiale au voisinage des grands asiles intra-urbains, pour les convalescents et les chroniques tranquilles.

En revanche, MM. PEETERS et CROCQ ont poussé le cri d'alarme

pour la Belgique où les asiles privés religieux menacent d'étouffer l'essor de l'assistance familiale.

Il paraît actuellement démontré que l'Assistance familiale constitue la méthode de choix pour un grand nombre d'aliénés ; certes, il faudra toujours des asiles fermés, mais les colonies familiales doivent se développer progressivement parce qu'elles seules donnent aux malades du bien-être et de la liberté.

Comment se fait-il, dans ces conditions, qu'en Belgique, le pays d'origine de l'Assistance familiale, on constate une diminution de la population de la célèbre colonie de Gheel ?

La cause en est uniquement dans le fait que les asiles d'aliénés sont des exploitations privées qui ont intérêt à conserver *enfermés* les malades qui devraient être *libres*. Au Congrès d'Anvers il était établi que sur 13.907 aliénés, 3.778 seulement se trouvaient dans des asiles publics, ce qui donnait un chiffre de 28,50 0/0 de malades soignés par les autorités et 71,50 0/0 confiés aux particuliers.

Actuellement il y a 16.453 aliénés dont 4.256 sont enfermés dans les Asiles privés ; la proportion est de 25,87 0/0 pour ces asiles et de 74,13 0/0 pour les asiles privés.

« Nous marchons donc à reculons, malgré nos énergiques protestations et nous ne pouvons en être étonnés puisque nos asiles fermés ont intérêt à conserver leurs malades.

» Sur les 16.453 aliénés de Belgique, 2.315 sont placés dans les colonies, ce qui fait une proportion de 16,37 0/0.

» Or il résulte de notre enquête que 35 0/0 des aliénés colloqués actuellement dans les asiles fermés pourraient bénéficier de l'Assistance familiale ce qui porterait à 51,37 0/0 la proportion des malades susceptibles de séjourner dans les colonies.

» Il y aurait donc en Belgique plus de 8.000 malades dans les colonies. Pour remédier à cet état de choses, on devrait créer des asiles provinciaux, comme je le proposais à Anvers ; cette mesure étant *actuellement* irréalisable, il faudrait qu'une commission *impartiale* examinât annuellement tous les malades des asiles fermés et ordonnât le transfert dans les colonies de tous ceux qui sont capables de jouir de l'Assistance familiale. » Dr Crocq.

Au point de vue économique, la colonie de Gheel est la moins onéreuse : la journée d'entretien y est de 0 fr. 90, tandis que cette journée varie de 1,05 à 1,40 dans les asiles fermés.

Mais il ne faut pas réaliser d'économie sur les aliénés et on doit applaudir au chiffre de 1, 40 admis par la colonie de Lierneux et qui est florissante parce qu'elle est une institution provinciale.

A la suite de ces rapports, le Congrès a émis le vœu que partout où l'Assistance familiale n'est pas encore pratiquée, une Commission gouvernementale d'aliénistes compose un ensemble d'instructions pour expliquer la nature et le but de l'Assistance familiale, instructions qui seront envoyées à tous les médecins pour la propagande de l'idée.

***

Sur le deuxième thème général, *Organisation des quartiers d'observation, de surveillance et d'isolement dans les Asiles et les Colonies*, nous devons signaler les rapports de MM. Bianchi et Van Deventer.

Pour le traitement des agités en particulier, ce dernier demande :

1° Un ensemble de salles faciles à surveiller ;
2° La séparation des malades de telle façon qu'ils ne se troublent pas mutuellement ;
3° Un personnel assez nombreux et spécialement instruit ;
4° Un traitement physique et psychique de la part du médecin ;

M. Van Deventer insiste sur les avantages des asiles d'admission ou asiles de passage qui existent en Hollande. Dans ceux-ci les cas aigus sont la majorité, aussi les guérisons sont-elles plus fréquentes ; les familles conservent le contact constant avec leurs malades ; enfin à ces asiles sont annexés des cliniques où les malades sortants peuvent revenir demander des soins régulièrement.

Les Drs Marie et Rolet insistent sur un autre genre d'isolement, celui des malades contagieux et surtout des tuberculeux si fréquents dans les asiles d'aliénés, comme le démontrent leurs statistiques. Ils montrent les conditions d'hygiène défectueuse de certains asiles où les bâtiments sont insalubres ou insuffisants pour la population énorme qu'ils renferment ; ils demandent la construction en tous pays, de sanatoria analogues à ceux de Gartloch (Angleterre) et de Lauenbourg (Allemagne) ; de plus ils attirent l'attention sur le personnel infirmier, souvent frappé par la contagion et si digne d'intérêt de la part des médecins et des administrations.

A la suite de cette communication, le Congrès a émis le vœu qu'il soit procédé dans les asiles et dans les colonies à des mesures prophylactiques et curatives et surtout à l'isolement des aliénés tuberculeux.

***

Nulle séance n'a offert plus d'intérêt que celle qui fut consacrée aux rapports sur l'assistance aux aliénés convalescents et sur les Instituts de patronage, avec le rapport du Dr Ladame, de Genève, sur les sociétés de Patronage des Aliénés en Suisse, (institutions que Théophile Roussel signalait dès 1883 dans son rapport sur le projet de loi portant révision de la loi du 30 juin 1838 sur le régime des aliénés), avec le rapport du Dr Merlo, directeur de l'Assistance publique italienne sur le patronage des aliénés pauvres pendant leur traitement et après la guérison. Le Congrès adopte aussi les conclusions générales suivantes des rapports de M. Merlo et de Mme Marie.

« Le patronage familial des aliénés guéris doit s'occuper des familles des malades internés, pour leur conserver un foyer en cas de sortie et renouveler les rapports entre les malades et ce foyer en cas de guérison.

Le patronage des convalescents permettant les sorties précoces

de l'asile et constituant la meilleure prophylaxie des rechutes, doit être encouragé par les pouvoirs publics qui, en le subventionnant, évite des internements multiples et prolongés.

Le patronage, en cas de rechute, doit pourvoir aux premiers soins à domicile et aplanir les formalités de réinternement, les placements tardifs étant les moins curables.

Le patronage doit vulgariser les notions relatives à l'aliéné et détruire les préjugés qui tendent à le faire considérer comme un malade différent des autres et constamment dangereux.

La propagande dans ce sens et l'activité en faveur des appuis moraux aux aliénés sortis et à leur famille sont aussi essentiels que les secours en argent et les appuis matériels. Les œuvres de patronage doivent assurer l'un et l'autre.

***

Sur les thèmes suivants, des dispensaires psychiatriques et des Sanatoria populaires, pour nerveux, citons un rapport du Dr Sérieux et un du Dr Graux dont les conclusions, tendant à l'organisation de Sanatoria populaires ouverts à tous les nerveux sans distinction spéciale, ainsi qu'il est pratiqué en Allemagne, furent adoptés par le Congrès.

Le Dr Pini, de Milan, insista sur l'hérédité des troubles nerveux et psychiques, aussi importante, d'après lui, que pour certaines maladies infectieuses, et sur la nécessité d'en prévenir la diffusion par la fondation des Sanatoria spéciaux dont il est question.

Le plus important des derniers thèmes traitait de l'assistance aux faibles d'esprit, alcooliques, épileptiques, aliénés criminels, en somme à tous les anormaux et dégénérés.

Citons le rapport du Dr Courjon sur l'éducation médico-pédagogique des anormaux, celui du Dr Legrain sur le relèvement des alcooliques, celui de MM. Colin et Pactet sur les aliénés criminels et difficiles, celui de M. Voisin sur les arriérés. Pour l'étranger nous mentionnons celui de Fletcher Beach et Ireland sur les mesures prises en Angleterre en faveur des enfants anormaux.

L'auteur, qui les distingue en 3 classes : les anormaux mentalement, les anormaux physiquement et les épileptiques, voudrait que les autorités scolaires parvinssent à l'éducation de ces deshérités en établissant des institutions ou simplement des classes spéciales dans l'école publique, qu'on se préoccupât en exerçant à la fois la main et l'intelligence, de préparer l'enfant à gagner son pain et d'améliorer son état physique et mental.

Le Dr Ley rend compte de la situation des anormaux en Belgique, situation dont se préoccupent les Sociétés et les Congrès nationaux.

Les instituts destinés à l'éducation des enfants anormaux en Belgique ont augmenté en nombre, et plusieurs sont en progrès depuis le Congrès d'Anvers.

Ce sont d'abord *les Asiles d'idiots* appartenant aux Frères de la

Charité : à Gand (Strop), à Manaye et à Tesfenderloo. La même corporation dirige un asile pour enfants épileptiques à Lokeron.

Il n'existe toujours qu'un seul asile pour filles idiotes à Louvain.

A Gheel et à Lierneux, le système de la Colonie familiale est appliqué aux idiots et aux imbéciles, mais aucun système éducatif n'y est encore mis en pratique.

Ces nombreux idiots et idiotes adultes sont gardés dans les asiles d'aliénés.

Un *Institut privé*, dirigé par le Dr Decroly, a été fondé il y a quelques années à Bruxelles.

Il réalise un milieu modèle, médical et familial, pour le traitement et l'éducation des anormaux de l'intelligence.

Des travaux scientifiques importants y ont vu le jour.

Vingt-cinq enfants environ y trouvent place.

Il faut y ajouter l'école publique pour enfants arriérés à Bruxelles, Anvers et Gand, plus deux cliniques et quatre sociétés analogues à Bruxelles.

Les écoles normales de la ville de Bruxelles ont organisé des Cours de pédagogie spéciale.

Deux nouvelles écoles normales (Mons et Charleroi) ont également mis cet enseignement dans leur programme.

Le Ministre de l'Instruction publique a émis le vœu, il y a quelques années, de voir les professeurs d'hygiène enseigner aux futurs instituteurs quelques notions sur l'enfance anormale.

Il existe donc un mouvement sérieux en Belgique en faveur de l'éducation scientifique des faibles d'esprits. Les progrès sont lents, mais les autorités administratives et scientifiques devront, devant la poussée d'opinion grandissante, opérer des réformes et créer les établissements nécessaires.

Les derniers points de vue envisagés furent relatifs aux résultats économiques et sociaux de l'assistance familiale aux aliénés et au rôle que dans cette œuvre d'assistance, le Congrès désirerait voir incomber aux Etats.

***

Nous avons tenu à donner quelques détails sur ces questions, car elles marquent les tendances heureusement novatrices du Congrès et des représentants de la psychiatrie française et étrangère ; cet intérêt est augmenté par certains évènements récents qui ont rappelé l'attention sur les côtés défectueux et lacunaires de l'ancien régime de 1838.

Dans une des salles de l'Université Bocconi, siège de l'assemblée, une intéressante exposition de plans d'asiles perfectionnés et d'œuvres d'assistance familiale avait lieu en même temps que le Congrès.

Le département de la Seine exposait le plan de la nouvelle Colonisation agricole de Chezal-Benoit pour l'assistance des épileptiques et des arriérés adultes, signé de M. Loiseau, architecte du

département et aussi celui de la Colonisation familiale de Lurcy-Lévy dû à M. F. Roussel.

Le Congrès a été complété par des visites à diverses institutions d'assistance spéciale de Milan et à des asiles et patronages de la province, tels que l'asile de Mombello et celui de Mendrisi dans le Tessin.

Un philanthrope M. Lombard a offert la subvention nécessaire pour fonder à Lugano l'Institut international réclamé par le Dr Frank à la première séance pour la recherche des causes et de la prophylaxie de la folie ; on prépare dans ce but un Comité international.

Souhaitons avec tous les psychiatres voir aboutir ce projet dont l'exécution centralisera toutes les statistiques, toutes les enquêtes, tous les documents produits dans le monde, concentration nécessaire pour mener à bien l'œuvre poursuivie par les Congrès d'assistance.

Ceux ci seront dorénavant annuels et se tiendront l'an prochain à Amsterdam, puis très probablement successivement à Vienne, en Hanovre, à Barcelone, à Genève ; Paris aura sans doute à cœur d'offrir l'hospitalité à l'un de ces prochains Congrès internationaux car les deux premiers ont bien mérité de la Médecine et de la Société.

J. Rolet.

REVUE DES LIVRES

Esquisse d'une sociologie, par E. Waxweiler (1 vol. in-8, 306 pages : *fascicule 2 des notes et mémoires de l'Institut de sociologie Solvay*. Misch et Thron, Bruxelles 1906.)

« Il y a plus de « sociologues » dans un groupe quelconque de personnes cultivées, qu'il n'y a de « sociologistes » dans l'élite entière des hommes de science », dit l'auteur dans son avant-propos... « La sociologie n'avance pas... elle s'obstine à ne pas mûrir, cependant que la matière qu'elle doit discipliner apparaît avec évidence, et nulle part on n'est d'accord sur la détermination du point de vue sociologique ».

W... s'adresse donc à ceux qui veulent commencer, qui veulent une base solide à leurs recherches de sociologie positive : il a composé pour eux un Recueil de *problèmes sociologiques accompagnés de quelques indications pour leurs solutions, en vue de les ramener à un point de vue commun.*

La première partie de l'ouvrage est consacrée à définir la sociologie ; à rechercher les limites et le but de cette science : le biologiste peut envisager les êtres organisés à l'un des quatre points de vue fondamentaux, de la morphologie, de l'anatomie, de la physiologie ou de l'*éthologie* (ἦθος, mœurs). L'éthologie (Geoffroy de Saint Hilaire), est en quelque sorte la *physiologie externe* : elle se

propose l'étude de l'être dans ses rapports avec son milieu, milieu cosmique et milieu vivant. Avec le milieu vivant, tout être organisé entretient des relations d'interdépendance végétative (parasitisme dans les deux règnes animal et végétal, domestication de certaines espèces pard'autres, etc.), et de relations dues à l'affinité spécifique (rapprochements sexuels et familiaux, rapprochements coloniaux, rapprochements sociaux). Parmi les différentes modalités de l'affinité spécifique ou *cœnobiose*, l'affinité sociale est l'état de la sensibilité physique de l'être qui le rend susceptible de réagir aux excitations des autres individus de la même espèce, sans distinction de sexe : isoler dans le milieu vivant les individus de même espèce, abstraction faite de leur affinité sexuelle, étudier ce milieu social, ou plus précisément les phénomènes réactionnels dûs aux excitations mutuelles de ces individus, c'est faire de l'éthologie sociale, de l'énergétique sociale, *de la sociologie* : Or chez l'homme, la sensibilité physique a évolué de telle manière que l'affinité sociale s'y présente comme une nécessité spécifique absolue. L'ensemble des phénomènes réactionnels dûs à l'affinité sociale de l'espèce humaine est très particulière, mais aussi très complexe. La deuxième partie de l'ouvrage, la plus importante, se propose d'organiser systématiquement l'investigation de ce vaste domaine :

Après avoir étudié les sources et la méthode, et montré ce que le sociologiste doit attendre des différents moyens d'investigation : (observation directe et indirecte, expérimentation, procédé statistique, méthode de concordance, doctrine actualiste), W... établit un plan d'analyse sociologique, développé par lui, dans les derniers chapitres. Il envisage d'abord la formation sociale des individus jusqu'à la fin de la période d'éducation ; alors est constituée entre eux un complexe d'homologies : (synéthie sociale), tel que : chacun posséde une personnalité qu'il connait en partie et que les autres individus de l'espèce, ont plus que ceux de toute autre, le privilège de pouvoir également connaître en partie.

De l'analyse des aptitudes sociales (polymorphisme, discrimination, dispositions, jugements, désirs) se dégage la notion de la *potentialité sociale* ou de l'ensemble des possibilités réactionnelles dont tout individu dispose à chaque instant à l'égard des autres individus de son espèce.

Les activités sociales sont conjonctives, protectrices ou nocives, compétitrices, divulgatrices, grégaires, répétitrices, initiatrices, acquisitives ou sélectives : toute activité se mesure par son résultat, c'est-à-dire par une réaction, et ces réactions, c'est dans l'individu seulement que l'observation ira en chercher la trace. L'individu est effectivement le commencement et la fin de toute activité sociale, c'est de lui qu'elle part, c'est à lui qu'elle aboutit.

Enfin, l'affinité sociale reconnait une expression plus complète. Dans des conditions déterminées, les individus sont susceptibles de se constituer en agglomérations où ils ne se trouvent pas simplement juxtaposés, mais où ils sont assujettis à certaines règles communes.

L'étude sommaire de ces synergies sociales, (conformité, interdé-

pendance, céphalisation, coordination, conscience), montre que chez l'homme l'intervention des autres individus de l'espèce joue un rôle considérable dans la satisfaction des besoins: l'espèce humaine se caractérise par une tendance synergique à l'organisation sociale.

Mais voici la conclusion de l'auteur, cette organisation sociale (but suprême de l'étude sociologique) qui *est*, comme *est* l'espèce, ne peut pas cependant être observée en elle-même, on ne peut l'observer que dans les individus. Il ne faut pas donner comme aliment à la sociologie cette construction spéculative envisagée d'ensemble : la *Société*. Tel est le résumé succinct d'un très intéressant ouvrage dans lequel, en dehors d'un exposé préalable, de considérations relatives à la méthode et d'une vue d'ensemble, on ne trouve que « des suggestions », mais où ne figurent ni conclusions, ni lois. Faut-il regretter la concision de certains développpements, ou, comme l'auteur le reconnait lui-même, le caractère trop spécial de certains chapitres? il semble que non. Le lecteur qui suit Waxweiler dans son analyse sociologique, est dédommagé d'une dépense d'attention, parfois assez considérable, par la réelle portée des « suggestions » de l'auteur. Celui-ci a mis à la disposition des sociologistes un excellent livre liminaire se recommandant autant par l'indication de la règle à suivre que par celle des écueils à éviter : tel l'abus des clichés au sens imprécis dont le langage est plein, telle l'affirmation hâtive de dogmes sociologiques appuyés sur d'illégitimes constructions spéculatives.

JUQUELIER.

Mysticisme et folie (*Etude de psychologie normale et pathologique comparées*), par A. MARIE, préface de H. THULIÉ. (Chapitre XII, extrait de l'ouvrage publié chez Giard et Brière, Paris, 1906. 1 broch. 52 pages, avec figures.) — Ce chapitre est le dernier du volume, auquel il sert de résumé et de conclusion. Les psychoses mystiques de toutes catégories présentent comme caractéristiqne commune une tendance maximum aux réactions antisociales (mutilations, homicides, suicides, etc.). Les délirants mystiques reviennent à des réactions impulsives rappelant celles des primitifs étrangers aux freins sociaux.

M... avait, au préalable. étudié, dans la première partie de l'ouvrage, l'origine des conceptions religieuses et mystiques en général; dans la seconde, les psychoses se rapportant à ces conceptions : psychoses mystiques dégénératives, délires religieux dépressifs, psychoses religieuses progressives évoluant vers la théomanie, et démences à forme mystique.

JUQUELIER.

Etude médico-légale sur la valeur du témoignage du vieillard, par A. E. CAZIN, de Nancy. (1 vol. 175 p. Buvignier, Nancy, 1906.) — L'infidélité du témoignage des vieillards normaux est une notion sur laquelle le Pr PARISOT (de Nancy) attirait, cette année même, l'attention dans un congrès. Aussi, ne sommes-nous pas surpris que le Dr CAZIN, élève de PARISOT, ait réuni dans une

thèse, réellement fort intéressante à parcourir, des documents cliniques tendant à la démonstration du même fait.

L'auteur a examiné un certain nombre de vieillards dans un milieu tel, que les sujets servant à ces expériences ne sont, d'après lui, suspects ni de diminution psychique évidente, ni d'affaiblissement organique pouvant retentir sur les facultés intellectuelles. Ce milieu est l'*hospice* Saint-Julien de Nancy.

Le test proposé est unique et fort simple; il s'agit de reconnaître une personne (l'auteur) avec laquelle chaque intéressé a eu, deux mois auparavant, une conversation d'un quart d'heure, banale sans doute, mais devant faire époque dans la vie monotone d'un vieillard hospitalisé. Or, dans le tableau qui résume le résultat de ses enquêtes, CAZIN consigne seulement 24 °/₀ de témoignages parfaits, contre 30 °/₀ de témoignages nuls, 15 °/₀ de témoignages très mauvais et 18 °/₀ de témoignages mauvais. Entre ces deux catégories, l'élément incertain est représenté par 12 °/₀ de témoignages passables et méritant en somme d'être tenus pour recevables à l'analyse exacte des faits. Il n'en reste pas moins établi, d'après la statistique précédente, que, dans presque les 2/3 des cas, le témoignage des vieillards considérés comme normaux est inacceptable. La principale cause de cette infidélité tout involontaire est la diminution de la mémoire (régression d'après la loi de Ribot): mais il faut faire intervenir encore la diminution de l'acuité visuelle et de l'acuité auditive, la suggestibilité, la fatigue de l'attention, des maladies mentales latentes, etc.

En conséquence, CAZIN conclut au point de vue pratique par les propositions suivantes, qui intéressent surtout les magistrats : Ne jamais interroger le vieillard appelé à témoigner, mais l'*entendre* en évitant tout procédé de suggestion le plus anodin, toute question tendancieuse; renouveler, à quelques jours d'intervalle, l'interrogatoire des témoins âgés, qu'il est bon de faire examiner par un expert lorsque les conséquences de leurs déclarations peuvent être graves, ou qu'il faut résolument écarter des débats dès qu'apparait la preuve de la dysmnésie ou de la suggestibilité.

Malgré tout l'intérêt que présente une étude étayée sur l'observation consciencieuse de faits précis, l'opinion de PARISOT et CAZIN, qui admettent la non-recevabilité habituelle du témoignage des vieillards normaux, serait renforcée, si la preuve était faite, de l'inanité des deux objections suivantes, émanant de deux points de vue différents :

1° L'absence de troubles mentaux évidents ou d'affections organiques débilitantes chez les sujets observés, suffit-elle pour qu'on puisse considérer les vieillards hospitalisés comme des vieillards normaux? La vieillesse (non pas la sénilité) a-t-elle toujours été la seule cause d'hospitalisation dans les faits étudiés? Ne conviendrait-il pas d'expérimenter dans d'autres milieux?

2° Des expériences récentes (celles de Mlle BORST et de CLAPARÈDE en particulier) ont montré que, même chez les adultes normaux et cultivés, le témoignage absolument fidèle est l'exception. On peut alors se demander si les observations de CAZIN font res-

sortir des faits particuliers à la vieillesse. Nous croyons pour notre part que les psychologues de laboratoire sont à juste titre plus exigeants que les magistrats n'ont habituellement besoin de l'être.

Grâce à quelques épreuves de comparaison concernant des adultes, l'auteur eût affirmé l'excellence de sa thèse en indiquant que, nonobstant des erreurs de part et d'autre, le témoignage judiciaire des adultes normaux demeure habituellement suffisant, contrairement à celui des vieillards également normaux, habituellement suspect ; et, en somme, malgré des objections de détail, on peut dire que ce dernier point apparait à la lecture de l'intéressant travail de CAZIN. JUQUELIER.

Le sommeil électrique, par LOUISE G. ROBINOVITCH. — (Thèse de Paris, 1906, 98 pages. A. Dugas, éditeur, à Nantes).

L'expérience du sommeil électrique n'a été tentée et réalisée qu'une seule fois chez l'homme, en 1902, et cela sur la personne même du Professeur Leduc, de Nantes, qui avait, le premier, peu de temps auparavant, réussi à produire le sommeil chez les animaux, à l'aide d'un courant électrique de basse tension. Une expérience aussi capitale montre tout l'intérêt des travaux expérimentaux que le docteur Louise Robinovitch consacre à cette question d'actualité.

L'auteur adopte la technique instrumentale et opératoire du Pr Leduc, laquelle a pour base l'emploi des courants intermittents de basse tension et à interruptions modérément fréquentes passant à travers la totalité du corps de l'animal, sans trépanation préalable de la boîte crânienne.

De multiples observations et de l'examen de nombreux tracés graphiques, R. conclut que, dans le sommeil électrique, les pupilles sont contractées ; la température est plutôt au dessous de la normale et le rythme respiratoire s'en écarte fort peu.

L'auteur insiste particulièrement sur l'élévation de la pression artérielle. Ce phénomène, qui s'observe d'ailleurs dans d'autres narcoses ne semble pas dépendre d'un état convulsif généralisé, car il se montre à un égal degré chez les animaux soumis préalablement à l'action du curare ; il est sans doute d'origine vaso-motrice.

Si, au lieu d'employer un voltage capable de produire seulement le sommeil électrique (inhibition de la volonté et de la sensibilité) on élève la dose d'électricité, au point de produire soit une attaque d'épilepsie, soit l'électrocution de l'animal (inhibition respiratoire), l'élévation de la pression artérielle est moins marquée, et dans le dernier cas même cette pression tombe à zéro.

Avec les courants Leduc, il semble possible d'électrocuter les animaux sans les faire souffrir, en les faisant passer insensiblement, grâce à une élévation graduelle du voltage, de l'état d'inhibition de la volonté et de la sensibilité, à celui d'inhibition des mouvements respiratoires, bientôt suivie de l'arrêt du cœur. On sait que le spectacle d'un animal électrocuté par un courant induit est tout autre.

Enfin R. note que les animaux électrocutés par le courant Leduc ne présentent pas, à l'autopsie, de lésions apparentes des centres nerveux. Il est intéressant de rapprocher cette constatation négative du résultat des autopsies pratiquées sur les corps des criminels électrocutés dans l'Etat de New-York : on a toujours trouvé chez eux, en effet, d'importantes altérations nerveuses, en particulier des hémorrhagies du quatrième ventricule.

Ces deux dernières conclusions du consciencieux travail de Mlle Robinovitch montrent à quel point l'intérêt de ses nombreuses études sur le sommeil électrique dépasse les limites du laboratoire.

E. PERPÈRE

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 26 novembre 1906

I. — MM. VIGOUROUX et DELMAS. *Maladie d'Addison et délire. II, — Elections.*

I

MM. VIGOUROUX et DELMAS communiquent l'observation très détaillée d'un homme de 55 ans ayant présenté six mois avant sa mort le syndrôme addisonnien, et un état mental pathologique. La caractéristique de cet état mental était, en dehors d'un certain affaiblissement intellectuel, une mauvaise humeur constante et des interprétations délirantes portant sur les troubles subjectifs qu'il avait en tant qu'addisonien.

La mort survint brusquement par ictus.

L'autopsie révèle en dehors des lésions tuberculeuses de la plèvre et de la capsule surrénale un œdème cérébral marqué et un petit ramollissement de l'angle interne du 4e ventricule.

L'examen histologique des centres nerveux montre une méningo-encéphalite subaigue et des lésions portant sur les cellules du cerveau et des cornes antérieures de la mœlle (pigmentation et état picnomorphe) ainsi que sur les fibres.

Ces lésions du reste ne présentent rien de caractéristique.

On a décrit depuis longtemps des troubles nerveux liés à l'insuffisance surrénale (convulsions, ictus, coma), des troubles mentaux dans les formes aiguës du syndrome surrenal et dans la période ultime de la maladie d'Addison, agitation, délire ; les observations de délire prolongé accompagnant une lésion chronique des capsules surrénales sont beaucoup plus rares et par suite sont intéressantes et méritent d'être rapportés.

II

Après lecture d'un rapport de M. Colin, Monsieur le Dr PAUL BROUSSE est nommé membre titulaire de la société, en remplacement de M. le Dr Goujon, nommé membre honoraires.

Après lecture d'un rapport de M. Ritti, M. le Dr SOUTZO, fils de Bucarest est nommé membre associé étranger.

La prochaine séance est fixée au 24 décembre 1906.

G. COLLET.

REVUE DES PÉRIODIQUES

PÉRIODIQUES DE LANGUE FRANÇAISE

L'Encéphale (1re année N° 5. — Septembre-Octobre 1906).

BALLET et LAIGNEL LAVASTINE. **Nouvelles observations sur la valeur des lésions corticales dans les psychoses d'origine toxique.** — Les auteurs ont examiné deux séries de malades : la première comprenait 31 sujets non délirants, la seconde 28 sujets délirants. Il ressort de cette comparaison que dans les toxi-infections, les altérations corticales ne sont fréquentes que chez les délirants. Mais si le parallélisme entre les lésions corticales et les troubles mentaux existe d'une façon générale, il n'est pas absolument rigoureux : il peut y avoir chez les toxi-infectés des lésions des cellules du cortex sans troubles mentaux apparents ; et plus souvent encore, on rencontre du délire sans altérations corticales appréciables.

D'autre part, si les lésions corticales des psychoses toxiques ont une valeur explicative, l'intensité des accidents mentaux est loin d'être propotionnelle à la profondeur des perturbations encéphaliques. « Il reste donc à montrer les nuances apportées aux syndrômes mentaux par la prédisposition et les qualités des poisons, et les nuances apportées aux lésions corticales par les degrés de fragilité cellulaire et les propriétés des toxiques.....»

DUPRÉ et P. CAMUS. **Euphorie délirante des phtisiques. Hétérotopie medullaire.** — Ainsi que le fait prévoir le titre ci-dessus, l'observation de D... et C... est intéressante à deux points de vue : il s'agit d'un tuberculeux de 25 ans, qui dans les derniers mois de son existence, présenta des troubles mentaux caractérisés par un état onirique très prolongé et cet optimisme aveugle sur lequel DUPRÉ avait déjà attiré l'attention chez les phtisiques. Cet état analogue à celui des cancéreux morphinisés, est, très vraisemblablement, considéré par les auteurs comme un état d'origine toxique. Quant au bouleversement médullaire, il est d'origine congénitale, ainsi que le prouvent l'absence de tissu pathologique et le manque de dégénération secondaire. On peut considérer cette malformation comme un véritable stigmate physique de dégénérescence.

PARHON ET MARBE. — **Contribution à l'étude des troubles mentaux de la maladie de Basedow.** (*Deux observations*). — Ces deux cas concernent des femmes atteintes de maladie de Basedow, et dans la famille desquelles existent avec certitude des caractères dégénératifs. DROMARD et LEVASSORT, ayant récemment admis à propos d'un cas analogue que les troubles psychiques et le goitre exophtalmique sont effets communs de la dégénérescence, les auteurs se demandent si, au contraire, dans les cas de maladie de Basedow, avec troubles psychiques et dégénérescence, l'ensemble de ces troubles ne peut reconnaître pour point de départ une modification primitive de la fonction thyroïdienne. Sans doute, il est des cas où il ne peut être question que d'une simple association : mais n'en est-il pas aussi, dans lesquels l'intoxication thyroïdienne thérapeutique a déterminé des troubles mentaux analogues a ceux des basedowiens.

L'article de P... et M... contient des indications bibliographiques étendues et le tableau de principales formes psychopathiqnes signa-

lées par les auteurs dans le goitre exophtalmique; les formes maniaques et mélancoliques sont les plus fréquentes.

Constanza PASCAL. — **Les ictus dans la démence précoce.** *(Revue générale bibliographique et critique).* — De ses observations personnelles et de la critique minutieuse des travaux antérieurs, l'auteur conclut qu'à côté d'ictus dûs à l'hystérie ou a l'épilepsie associées à la démence précoce, il y a des faits autorisant à admettre l'existence d'ictus appartenant bien à cette dernière affection.

Au point de vue pathogénique, on peut supposer « que le processus toxique de la démence précoce se localise dès le début dans la zône motrice et détermine des phénomènes convulsifs en rapport avec cette localisation. »

Suivant qu'il s'agit des formes paranoïde, hébéphrénique ou catatonique, les hallucinations vont en diminuant d'intensité et d'importance, tandis que les ictus moteurs suivent la progression inverse. Si, comme l'admettent certains auteurs, les hallucinations sont à la couche cortico-sensorielle ce que l'épilepsie jacksonienne est à la couche cortico-motrice, on peut avoir une idée de la répartition élective des atteintes toxiques sur l'encéphale suivant les formes cliniques ou la succession dss accidents.

RODIET et BRICKA. — **Observation clinique et anatomo-pathologique des yeux d'une paralytique générale.** — L'examen histologique, de l'œil a révélé l'existence de névrite optique due à la prolifération d'éléments conjonctifs et névrogliques entre les faisceaux et les fibrilles du nerf optique. Il existe de plus au niveau de la couche dite ganglionnaire de la rétine des lésions inflammatoires puis destructives des cellules nerveuses.

Il y a lieu de se demander si dans ce cas, comme dans les cas semblables, les lésions oculaires affectant un certain rapport avec les altérations observées dans l'arterio-sclérose ne dépendent pas de l'alcoolisme surajouté, et si comme le pense M. Magnan, elles sont caractéristiques de la paralysie générale.

La Presse médicale (n° 88, 3 Novembre 1906),

HARTENBERG. — **La Névrose d'angoisse.** — La Névrose d'angoisse, que l'on confondait généralement avec la neurasthénie, fut décrite isolée et baptisée par FREUD de Vienne en 1895. Elle a fait en 1900 dans la Revue de Médecine, l'objet d'un premier et important travail de l'auteur de cet article. Les 3 éléments principaux qui constituent le syndrome clinique sont : état anxieux chronique ou attente anxieuse, crise d'angoisse aiguë paroxystique, phobies. La névrose d'angoisse n'a pas l'étiologie unique à laquelle croyait FREUD (surexcitation sexuelle sans détente), elle peut être causée par tout motif d'irritabilité du système nerveux émotionnel.

Bien que distincte de la neurasthénie, elle peut être associée à cette dernière affection. Quand elle existe à l'état isolé, le traitement bromuré (2 à 4 gr. de KBr par jour) parait constituer aux yeux de l'auteur le traitement le plus efficace.

Le progrès Médical (35e année, n° 38, 22 Septembre 1906).

E. JOURDAN. — **Syphilis et paralysie générale.** — Dans deux observations très intéressantes, l'auteur a trouvé qu'à côté de la syphilis, d'ailleurs indiscutable, l'état mental antérieur des sujets devait figurer en tant qu'élément étiologique de la paralysie générale. C'est une notion sur laquelle le Pr Joffroy insiste volontiers et qui se vérifie dans de nombreux cas. A défaut d'un examen nécropsique, le diagnostic de

paralysie générale pourrait être discuté dans la première des observations de JOURDAN malgré l'existence des signes physiques et l'hypothèse de syphilis célébrale qui vient à l'esprit du lecteur, mérite d'être soigneusement envisagée. Mais cette réserve ne constitue pas une objection à la thèse très légitime il nous semble, défendue par l'auteur de l'article.

P. JUQUELIER.

Revue de médecine légale (13e année, octobre 1906.)

E. DABOUT. — **L'hystéro-traumatisme et la prédisposition individuelle.** — Le développement du machinisme, et l'application rigoureuse de la loi de 1898 sur les accidents du travail donnent chaque jour une importance plus grande à la « névrose de l'assurance ».

A propos d'un certain nombre de cas d'hystéro-neurasthénie consécutive à l'explosion d'une étincelle électrique *à distance* (cas fréquents à la Cie du chemin de fer métropolitain), D. insiste sur l'importance du facteur prédisposition individuelle ; en dehors de toutes les causes banales capables de faire le lit aux névroses, il semble bien que l'hystéro-neurasthénie post-traumatique apparaisse surtout chez les sujets qui l'ont depuis longtemps redoutée. En tout cas est-il nécessaire que, chez les traumatisés, névropathes ou non, le médecin n'aille point, par des examens trop stéréotypés, créer de toutes pièces des désordres psychiques qui ne sont encore qu'à l'état de possibilité.

Chacun sait que le meilleur traitement de l'hystérie traumatique consiste à la couvrir d'or. Mais la difficulté commence lorsqu'il s'agit de faire le départ entre ce qui est le fait de l'accident et ce qui revient à la prédisposition individuelle : question importante, car la responsabilité patronale, justement engagée, refuse non moins justement de l'être en ce qui concerne les antécédents du traumatisé.

D. regrette que l'hystéro-traumatisme ne puisse avoir la place qui lui couvient dans les cadres de la loi de 1898. Sa curabilité répugne à le laisser figurer parmi les causes d'incapacité permanente partielle, et la loi n'a pas prévu l'incapacité totale temporaire à limites imprécises.

E. PERPÈRE.

Journal de Neurologie (Bruxelles).
19e année, n° 20, 20 oct. 1906.

L. MARCHAND. — **Stéréotypie graphique chez un dément précoce.** — Il s'agit d'un dément précoce âgé de 20 ans qui, durant quelques mois, au début de son affection, présenta divers troubles délirants. Or c'est au cours de la période active de ce délire que le malade écrivit, d'une façon presque quotidienne, de longues lettres toutes stéréotypées. Parfois certains passages n'occupaient pas exactement la même place dans le corps de la lettre, mais dans tous les cas, les mêmes idées délirantes se trouvaient à peu près rigoureusement traduites dans les mêmes termes.

Au sujet de ce cas, M. Marchand émet les quelques considérations suivantes : Liés à une idée ou automatiques, les actes à répétition méritent également le nom de stérotypies. Les actes stéréotypés ne deviennent pas nécessairement automatiques et les actes automatiques ne sont pas nécessairement stéréotypés. Un acte devient d'autant moins automatique qu'il est plus complexe ; les stéréotypies graphiques présentent surtout ce caractère.

Quand les stéréotypiés graphiques sont liées à des idées délirantes, elles peuvent être conçues de deux façons différentes : ou bien la stéréotypie est recherchée, voulue par le sujet (Antheaume et Mignot) ou bien elle est déterminée par les idées délirantes fixes du malade qui

(Voir la suite après le Bulletin bibliographique mensuel.)

écrit des lettres toujours les mêmes, sans se soucier s'il écrit ou non les mêmes phrases (Marchand).

Les stéréotypies graphiques automatiques ne se présentent pas habituellement sous la forme de longs écrits, elles ne se produisent que dans les états démentiels caractérisés et par suite n'ont plus à ce moment grande valeur diagnostique. Mais les stéréotypies graphiques liées à des conceptions délirantes ne sauraient être considérées que comme un indice de chronicité, et nullement comme la marque d'une démence commençante ou non.

Ce cas, celui de MM. Antheaume et Mignot, tendent aussi à prouver que certains chroniques considérés à tort comme déments, devraient plus justement être classés dans les états confusionnels, conformément aux vues de MM. Régis, Toulouse, Damaye. M. OLIVIER.

PÉRIODIQUES DE LANGUE ANGLAISE

American Journal of Insanity.
(Vol. LXIII, n° 1, Juillet 1906).

C. B. BURR. — **Le médecin dans la littérature** *(the physician as a character in fiction)*. — Intéressante étude énumérative et critique des différents types de médecins consacrés par le roman, depuis Balzac jusqu'à Zola, en passant par les œuvres caractéristiques des principales littératures.

C'est le graphique d'une vie émotive, intense où tous les sentiments s'agitent et se heurtent, espoirs, joies, doutes, conscience du devoir et esprit de sacrifice logiquement consenti. Il appartenait à un distingué psychiatre de conclure en regrettant que l'aliéniste semble éloigné de ce monument élevé par le romancier à la tenue intellectuelle et morale du médecin. Si étonnant que cela puisse paraître, l'Asile demeure encore une Amérique à découvrir, et en le peignant sous des couleurs d'un autre âge l'écrivain profane abuse de la liberté généralement accordée aux œuvres d'imagination. Il ne serait pas sans profit d'apprendre au grand public que l'hôpital d'aliénés n'est plus depuis nombre de lustres un jardin de supplices, mais bien le refuge des affligés de l'esprit.

« L'histoire véridique de l'aliéniste reste à écrire. Qui voudra tenter cette tâche ? » E. PERPÈRE.

NOUVELLES

IIIe Congrès Belge de neurologie et de psychiatrie. — Ce Congrès aura lieu à Anvers à la fin de septembre 1907. — Le programme des travaux de la réunion est encore incomplet : M. CROCQ a accepté de présenter un rapport sur « *la démence précoce dans ses relations avec la paranoïa.* » Les autres questions proposées sont, jusqu'à plus ample informé : *la déviation conjuguée des yeux* (M. DEBRAY), *les enfants anormaux* (M. DUPUREUX).

Université de Kazan. — M. V. OSSIPOF est nommé professeur extraordinaire de psychiatrie.

Université de Kœnigsberg. — M. Ernest MEYER est nommé professeur ordinaire de médecine mentale.

Université allemande de Prague. — M. E. STRAEUSSLER est nommé privat-docent de médecine mentale.

Personnel des asiles. — *(Mouvement de Novembre).* Le Dr SIZARET, médecin en chef à l'asile de Rennes est promu à la classe exceptionnelle du cadre.

Le Dr CORNU, médecin adjoint à l'asile de Pau est promu à la 1re classe du cadre.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME, ET DES AUTEURS CITÉS

Par suite d'une erreur de pagination, les fascicules 6 et 7 (juin et juillet), *sont numérotés de* 121 *à* 208 *au lieu de l'être de* 221 *à* 308. *Il en résulte que deux séries de pages portent les mêmes numéros. Les chiffres en italique dans cette table indiquent qu'il s'agit de la deuxième série (165 : lire* 265).

A

Absinthe (l' —) en Belgique. . 175
— interdite dans le canton de Zug. *163*
Académie de médecine *196*
— de Belgique *198*
Accidents du travail et certificat 209
Accidents du travail (loi sur les —) et médecins d'asile. . *205*
Addison (maladie d'— et délire) 519
Alcoolisme dans les asiles provinciaux. 40
— (désastres produits par l'—). 113
— lutte contre l' — 131
— et folie en Charente 439
Alcooliques (asile pour les —) à New-York. *207*
Aliénation (l' —) en Roumanie. 39
— et états émotionnels excessifs. 130
Aliénés (les —) dans l'armée . 485
Aliénés (les —) à Birmingham. 173
— à Madagascar *163*
ALLONNES (G.-R. d'). . . . 82, *157*
ANGLADE. 84, 481
Anomalie médullaire chez une épileptique. 371
ANTHEAUME 164, 430
Aphasie dans la tuberculose . 77
ARNAUD. 114, 159, *153*
ARSIMOLES. 166, 215
Asile de Blois (pavillon Delasiauve). 87
— (l' —) de Gaillon ne sera pas créé 131
Asiles (les —) de la Seine et leur population. 89
Asiles publics (personnel des—) 43, 88, 132, 176, 220, *161*, *207*, 352, 440, 484 523
Asiles (deux —) de St-Pétersbourg 412
Assistance aux aliénés dans la Seine-Inférieure. 41
— familiale en Ecosse. 172
— (l' —) des débiles moraux. . 353
Association des idées chez les idiots et les imbéciles. . . . *193*
Association psychiatrique allemande. 175
— psychologique américaine . 42
AUBRY. 163
Auto-mutilateurs (les —) . . . 426

B

BABINSKI. 483
BALLET (Gilbert). 520
BARBÉ. *156*
BECHTEREW 481
BELLEI 126
BENON. 113
Benvenuto Cellini (Etude sur—) 208
BERGERON. 84
BERNHEIM 389
BESSIÈRE 162
BEURMANN (de) 166
Bibliothèque des services municipaux et départementaux. *162*
Bicêtre (hospice de —) 43
BLIN (G.) 165
BLONDEL (Ch.). 426
BOIDARD. 206
BONMAN 173
BONNE. 480
BORGQUIST. 394
BOSC. 416
BOULENGER *193*
BOURNEVILLE 122
BRAMWELL. 216
BRIAND 82, 157, 476
BRICKA. 521
BROCHET. 206
BRUEL. 207
BRUGIA. 111
BUCHNER. *161*
BUCK (de). 125
Bulletin 44
BURR. 523
BUVAT. 138

C

CAMUS (L.). 435
CAMUS (P.). 113, *152* 520
CAPGRAS. 348
CAREY. 127
CAZANOVE *202*
CAZIN . . . . . .
CHAMBERLAIN 396
CHARPENTIER (Cl.) 188, *157*
CHARPENTIER (R.). 164, 341

Chorée et Tics de l'enfance (traitement) 207
CHRISTIAN. 477
CLAPARÈDE. 168
CLAUS 392
COLIN 89, 122, 128, 211
COLLET. 35, 77, 116, 160, *154*, *196*, *206*, 344, 474
COMBY. *158*
Conférence belge pour l'enfance anormale 41
— suisse pour l'enfance anormale 85
Congrès (1er —) belge de Psychiatrie (Liège) 30, 66
— (2e —) belge de Psychiatrie (Bruxelles). *164*
— (3e —) belge de Psychiatrie (Anvers). 523
— (XVe —) internat. de médecine (Lisbonne). 86
— de Lille. *174*, 376
— de Genève et Lausanne . . 438
— (VIe —) d'anthropologie criminelle (Turin) 87, *188*
— d'assistance de Milan. 87, 207, 351, 505
— (XIVe —) de l'american psychological association. . . . *185*
— des Sociétés savantes . . . 155
— de Würzbourg 467
Contagion mentale (folie par —) 427
CONVERS. *199*
County-Council (le —) à Ste-Anne. 86
COURBON. 208
COURJON. 83
Crampe des liseurs (la —). . . 473
CRINON *165*
CROCQ 214
CULLERRE 389, 428

D

DABOUT 125 522
DAMAYE 26, 81, 119, 418
Débiles moraux (assistance aux —). 353
Débilité mentale et sarcome du lobe frontal 418
DEBOVE 158
DECROLY. 166
DÉJERINE 216, 391
Délire chronique mégalomaniaque et autopsie. 343
— conjugal avec hallucinations des 2 sujets 461
— hypochondriaque et lésions viscérales 158
— d'interprétation et paranoia *152*
— Mystique et magnétiseur . 208
— de négations 113, 154
— et maladie d'Addison . . . 519
DELMAS 200, 209, 519
Démence (la —). 339
Démence et anomalie médullaire chez une épileptique. . 371
— hebephrénique et mélancolie (diagnostic). 471
— précoce. 206
— précoce (historique de la —). 177
DENY. 113, *152*, 348, 430
DEROITTE 215, 392
DEROUBAIX. 125, 215
DEVAUX 389
DEVIC 391
Diabète et troubles mentaux . 416
Diplôme de l'institut de médecine légale et psychiatrie (1re consécration du —) . . . *163*
DODGE. *161*
DROMARD 82, 122
DUBOS. 480
DUHEM. 157, 208
DUMORA 207
DUPAIN 148
DUPOUY 461
DUPRÉ. 164, 153, 389 520
DOUTREBENTE. 343

E

Ecrits et dessins dans les maladies mentales. *195*
ELLIS (H.) 386
Empoisonneuses (les —). . . . 341
Erotisme (l' —) dans l'hystérie 138
Esthétique musicale (éléments de l' —) *192*
Etude de la médecine mentale (projet de réforme) 131
EYERICH. 385

F

Facultés (voir universités et —)
Faits et opinions. 99, 148, 194, *138*, *178*, 327, 366
Femmes (admission des —) à l'adjuvat. 43
FÉRÉ 83, 215, *159*, *199*
Flambeau (le —). 132
Folie (la —) à Londres 88
— dans les prisons 203
— par contagion mentale. . . 427
— et mysticisme 516
FRANCO DA ROCHA. 480

G

GAUCKLER. 216
GIMBAL 82, 163, *199*, 327, 389
GIRAUD. 210
GORDINIER. 127
GOUGEROT. 166
GRANDVILLIERS 83
GRASSET. *199*, 397, 482
GRIJNS. 435

H

HALBERSTADT. 116, 427 433
HALES. 217
Hallucinations obsédantes . . 327
HAMEL. 77
HAMILTON *160*
HARTENBERG 430 521
HERMANT *391*

HERSEY-BAIR 172
Hervey de St-Denis (les rêves d' —). 45
HILDESHEIM 218
HOLLANDS 395
HUDELO 392
HUDOVERNIG 481
Hypertrophie de la moitié gauche de la face. 77
Hypnotisme et pédagogie. . . *163*
Hypochondriaques (intervention chirurgicale chez les —) *121*
Hystérie (érotisme dans l' —). *138*
Hystériques (langage musical chez les —) 36, 194

I

Immigration des aliénés en Angleterre. 127
INGEGNIEROS. .36, 166, 168, 194, *203*
Intervention chirurgicale chez les aliénés. 84
Intoxication sulfo-carbonée. . 35
IOTEYKO (Mlle) 30, 66
Ivresse pseudo-rabique 99
Ivrognerie (à quel âge commence l' —) 440

J

Jargonaphasie. 207
JEANSELME 165
JOFFROY. 475
JOURDAN. 521
JUQUELIER. 81, 113, 126, 168, 177, 216, *159*, *196*, 350, 376, 392, 428, 484

K

KAHN (P.) *188*
KERAVAL. 77
KLIPPEL. 164, 348, 349, 431
KÖTSCHER 385
KOVALESKY 347

L

LADAME 107, 113
LAGRIFFE 163, *157*, 480
LABY 193, 194
LAIGNEL LAVASTINE. 520
LAMBRANZI 148
Langage musical (le —) et ses troubles chez les hystériques. 36, 194
LARROUSSINIE 113
LASSIGNARDIE 391
LAURENT. 82
LEFAS 164
LEGRAIN. 469
LEMOS (M.) 214, 388, 502
Lettre du Portugal 502
— de Russie. 412
— de Suisse. 107
Lésions cérébrales chez les aliénés. 133
LÉSNÈS 433
LETIENNE 434
LEVASSORT 99. 122
LEVI-BRANCHINI. 432
LÉVY (P.-E.). 123, 433
LHERMITTE 116, 348, 433
LIPINSKA (Mlle) 163
LŒWENFELD. 385
LOMBROSO. *188*
LUCIEN 163
LWOFF. 113

M

MAC DOUGALL. 218
MAILLARD 349
MARANDON DE MONTYEL. 124, 126, 349
MARBE. 520
MARCHAND (L.). 75, 133, 341, 343, 371, 423, 482 522
MARIE (A.). 1, 125, 163, *157*, *201*, 339, 347, 366, 474
MARIE (P.). *203*
MARTIN 396
MASSELON 424
MATHIEU 123, 167
Médecins adjoints (concours des —). 86, 131, 175
Médecins adjoints (décret du 1er août 1906). 396
Médecin blessé dans un asile. 42, 220
Mélancolie (la —) 424
Mélancolie et démence hébéphrénique (diagnostic) . . . 471
MENTRÉ 169
MERCIER (Ch.). 218
Microcéphalie. 26
MIGNOT 430
MILHIT. 349
MOREL (J.). 113
MULLER (A). 435
MURRAY (E.). 395
Mysticisme et folie 516
Mythomanie (la —) 383

N

NAECKE 170, 473
NATTAN-LARRIER 84
Nécrologie. 88, 220, *162* 207
NINA RODRIGUÈS 162
Nouvelles. 42, 86, 131, 173, 220, *162*, *205*, 351, 396, 438, 484
NUEL 435

O

Observations. 26, 154, 200, 338, 371, 416, 461
OLIVIER . . .166, 309, 385, 433, 482
Opinions (voir faits et). . . . .

P

PACTET . . . 128, 130, 203, 220, 485
PAILHAS. 431
PANSIER. *157*, 480
Paralysie générale dans les asiles 37

— (recherches de l'école écossaise relativement à la —). . 366
— sénile 309
— traumatique 474
Paralytique général (pseudo-suicide d'un —) 200
Paralytiques généraux (nlle cause d'erreur dans la recherche de la syphilis chez les —) 384
PARANT (V.). *199*
PARHON 432, 520
PARROT 164
PASCAL (Mlle) 348 473, 521
Paranoïde et mélancolique (trouble mental à caractère —) *178*
Paraphasie, jargonaphasie et démence. 207
PELLETIER (Mlle) 163, *156*
PELLIZI 218
Perception différentielle de l'intensité des sons 40
Périodiques (Revue des —). 81, 122, 162, 214, *156*, *199*, 347, 430, 480, 388 520
PERPÈRE 351, 412, 518
PERRIN 122
PÉTROFF. *158*
Phraséologie chez certains dégénérés. 343
PIANETTA 148
PICQUÉ. *121*
PIÉRON. 84, 112, 127, 170, 214, 218, *161*, *185*, 351, 386, 436, 467
PIERRET. 84
PIGHINI 129
PITRES 481
POISSON. *200*
PORTER 395
Problemi della degenerazione 111
PRON 77
Psychologie expérimentale (chaleureuse défense de la —) 175
Psychose polynévritique et auto intoxication 157
Psychothérapie totale ou supérieure. 397

R

Rapidité mentale dans l'excitation et la dépression . . . 439
RAYMOND *158*
Réflexe buccal (recherches sur le —) 148
Régime (le —) des aliénés en Suisse. 113
RÉGIS 75, 138, 165, 349, 481
RÉMONT 480
RENAUD 348
RENDU. *201*
Responsabilité (examen de quelques questions toucbant à la —) *165*
Réunion biologique de Nancy. 161
Rêves (recherches expérimentales sur les —) 45
— prophétiques liés à la montée du lait. 338
Revues critiques. 1, 45, 89, 133, 177, *121*, *165*, 309, 353, 397, 441, 485
— des livres et des thèses. 75, 111, 206, *192*, 339, 383, 424, 469, 514
— des périodiques (voir périodiques).
— des sociétés (voir sociétés).
RIBET 167
RIBIERRE 392
RIEMAN (H.). *192*
RIVERS 217
ROBINOVITCH (Louise). . . *160*, 518
RODIET *157*, 390, 480 521
ROGUES DE FURSAC *195*
ROLET. 505
ROLLET (M.). 343
ROMME 83
ROUBINOVITCH. 166, 389, 390
ROUSSEL. 433
ROUSSET. 199
ROUX (J.-Ch.) 123, 167
ROY (P.). 82

S

SACHS 385
SAINTON 349, 431
SAINTOUR (Prix). 175
SALMON (A.). *159*
SANTE DE SANCTIS 128
SCHUYTEN 169
Sclérose en plaques et troubles mentaux 116
Sclérose latérale amyotrophique et troubles mentaux . . 428
SERBSKY. *199*
SERGUIEVSKY 330
SÉRIEUX. 172, *200*, 343, 394, 441, 481
SHEARMAN 386
SHEPHERD IVORY FRANZ . . . *160*
SIMON (Th.) 167, *201*, 390
Simulation (simule-t-on la —). 38
— sur une base morbide . . . 159
SMITH 217
Sociétés anatomique . . . 120, 388
— de biologie. 213
— de chirurgie 119
— de dermatologie 81
— de médecine berlinoise. . . *198*
— médico-chirurgicale d'Edembourg. 214
— médicale des hôpitaux. 81, 120, 212, *197*, 347, 429, 479
— de médecine légale 141, 346. 388
— médico-psychologique. 35, 77, 113, 157, 208, *152*, *196*, 343, 474, 519
— de neurologie. 78, 116, 160, 211, *155*, *196*, 344
— de neurologie belge . . 120, 161
— de neurologie de New-York 121
— de pédiatrie 166
— de psychiatrie de Boston. . 121
— de psychologie . . *155*, 345, 387
— psychologique de Londres. 213
Sociologie (esquisse d'une —). 514
SOKALSKY 81
SOLLIER. 157, 208
Sommeil électrique (le —) . . 518

Sorcellerie (la —) et les sorciers 38
SOUKHANOFF. *158*, *159*, *178*
SOUTZO (fils). *199*
SPEARMAN. 217
Stage psychiatrique (le —) en France et à l'étranger. . . . 441
SRATTIN. 161
SUCKLING 173

T

TASSY 170
Témoignage (le —) en justice. 37
— des vieillards normaux . . 516
TERRIEN. 123, 168
THIVET 159
THOMAS (A.). 83, 167, *201*
THULIÉ 434
Tics de l'enfance 207
Topographie cranio-encéphalique. 206
TOULOUSE 159, *153*, *165*, 371
TRANNOY 383
Travail (le —) dans le traitement des aliénés. 1
Trépanation (troubles du caractère guéris par la —). . . 351

U

Universités et facultés de Lille 484
— Lyon 175, *207*, 484
— Paris *207*, 484
— Amsterdam. 176
— Berlin 352, 440
— Bologne. *164*
— Buda-Pest 352
— Colombia. 43
— Gênes 396
— Gœttingen *164*
— Gratz. 352, 440
— Halle. 43
— Heldelberg *164*
— Iéna 132, 176
— Illinois *207*
— John Hopkins 352
— Kazan 523
— Kœnigsberg 523
— Leipzig 220, *164*
— Liverpool. 42
— La Louisiane 42
— Naples *207*
— Nébraska 43
— Padoue. 167
— Philadelphie 396
— Pise *164*
— Prague 484, 523
— Rome. 484
— Strasbourg 440
— Tubingen. 484
— Washington 43
— Wellesley. 42
— Würzbourg. 484
URBAN. 435

V

VALLON. 77, 113, 159, 210, *153*, 473
VASCHIDE 45, 338
Veronal (emploi du —) dans les maladies mentales 116
VIGOUROUX. 35, 154, 207, 209, 343, 353, 471, 474, 519
VIOLLET. 157
VOISIN (J.). *201*, 434
VOISIN (R.) *201*, 349, 434

W

WAHL. 343
WARD. 218
WAXWEILER. 514
WINCH 216
WHITON CALKINS 217

Z

ZBINDEN 169
ZIEHEN. 471

Le gérant : A. COUESLANT.

PARIS & CAHORS, IMPRIMERIE A. COUESLANT (27-XII-06)

Supplément à la Revue de Psychiatrie. Janvier 1906.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE MENSUEL

DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

FRANCE

Annales médico-psychologiques (1905, 63e année, 9e S., II, n° 3, novembre-décembre).

Gimbal. Les incendiaires, 353-373. — **Dromard** (G.). Considérations pathogéniques sur le mutisme et la sitiophobie des déments précoces, 374-392. — **Dubos** (C.). De l'absence de glucose dans le liquide céphalo-rachidien (Expériences et résultats), 393-407. — **Christian** (J.). Quelques réflexions sur le traitement des maladies mentales, 408-424. — **Laurent** (**Armand**). Physionomie et mimique chez les aliénés, 425-448.

Archives de Neurologie (1905, 27e ann., 2e S. XX. N° 119).

Bourneville. Contribution à l'étude de la démence infantile, 338-356. — **Collolian.** Cholémie et mélancolie, 356-369.

Archives générales de Médecine (1905, II, 82e année).

Mourre (**Ch.**). Sur les modifications des cellules nerveuses étudiées au moyen de la méthode de Nissl, n° 50, 12 décembre, 3137-3168. — **Sabrazes** (**J.**) et **Letessier** (**E.**). Procédé de coloration de la névroglie, n° 51, 19 décembre, 3219-3222.

Bulletin de l'Institut général psychologique (1905. 5e ann., n° 5).

Maxwell (**Joseph**). Sur les phénomènes de la hantise, 365-383.

Bulletin médical (Le) (1905, 19e ann.).

Dupré (**E.**). L'œuvre psychiâtrique et médico-légale de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police, n° 96, 13 décembre, 1121-1125. — **Gaulejac** (**René de**). Cas curieux d'équivalents épileptiques, n° 101, 30 décembre, 1189.

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris (1905, 3e S., 22e année).

Marie (**A.**). Paralysie générale et syphilis, n° 32, 23 novembre, 859-860. — **Voisin** (**Jules**), **Voisin** (**Roger**) et **Rendu** (**A.**). Bromisme, troubles mentaux et état de mal épileptique au cours de la déchloruration avec bromuration chez les épileptiques, 863-876.

C. R. hebdomadaires des séances de l'Académie des Sciences (1905, CXLI, 2e semestre).

Marais de Beauchamp (**P.**). Sur l'organe rétro-cérébral de certains rotifères, n° 23, 4 décembre, 961-963.

C. R. hebdomadaires des séances de la Société de biologie (1905, LIX).

Féré (**Ch.**). Deuxième note sur l'influence de l'orientation sur l'activité. Observations sur l'obscurité et sur le rythme, n° 35, 8 décembre, 560-564.

Gazette des hôpitaux (1905, 78e ann.).

Mathieu (**Albert**) et **Roux** (**J. Ch.**). Neurasthénie et dyspepsie chez les jeunes gens, n° 142, 14 décembre, 1695-1697.

Journal de Psychologie normale et pathologique (1905, 2e ann. n° 6, novembre, décembre.)

Laurent (L.). Des procédés des liseurs de pensées, 481-495. — **Masselon.** Las réactions affectives et l'origine de la douleur morale, 496-513. — **Manheimer-Gommez**. Ereuthose émotive conjonctivale, 514-517.

Le Progrès Médical (1905, 34e ann. 3e S. XXI).

Beni-Barde. De la neurasthénie appendiculaire. Influence de l'appendicite sur la neurasthénie, n° 48. 2 décembre, 875-878. — **Bourneville.** Etudes anatomiques, utilisation des corps non réclamés des asiles d'aliénés, n° 50. 16 décembre 910-912.

Revue de Médecine (1905, XXVe ann. n° 12, 10 déc.)

Roch (M). Des crises épileptiformes d'origine pleurale (suite et fin), 1028-1068.

La Revue Philanthropique (1905, 9e ann. XVIII, n° 104, 15 déc.)

Marandon de Montyel. Les aliénés criminels et leur assistance 147-176.

Revue de Philosophie (1905, 5e ann. n° 12, 1er déc.)

Sérol. Analyse de l'attention 597-620. — **Buck (de)**. La thèse associationniste ou intellectualiste en pathologie mentale (fin) 635-643.

Revue Philosophique (1905, 30e ann. n° 12, déc.)

Dumas (G). Le préjugé intellectualiste et le préjugé finaliste dans les théories de l'expression 561-582. — **Luquet (H)**. Réflexion et Introspection 583-591. — **Revault-d'Allonnes**. Rôle des sensations internes dans les émotions et dans la perception de la durée, 592-623. — **Tardieu (E.)** La Haine : étude psychologique, 624-635.

Revue Scientifique (1905, 5 S. IV.)

Bonnier (Pierre). Y a-t-il une psychologie humaine, n° 21, 18 novemb. 641-644.

La Semaine Médicale (1905, 25e ann.)

Marinesco (G). Les troubles de la baresthésie (sensibilité à la pression) et leur coexistence avec l'anesthésie vibratoire, n° 48, 29 nov. 565-569. — **Dieulafoy**. La cécité hystérique, n° 50, 13 déc. 589-593.

ALLEMAGNE

Algemeine Zeitschrift für Psychiatrie
(1905 LXII, Band. Literaturheft)

Schuchardt (F.). Bericht über die Psychiatrische Literatur, 1.-187.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie
(1905, XXVIII Jahrgang).

Rosenfeld. Ueber Partialdefekte bei Endzuständen der Katatonie, n° 202, 1 Dezember, 893-904. — **Fauser**. Zur allgemeinen Psychopathologie der Zwangsvorstellungen und verwandter Symptome, n° 203, 15 Dezember, 933-945. — **Hübner**. Ueber die psychische und sensible Reaktion der pupillen, 945-947.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie
(1905, B. XVIII, Helft 5, November).

Frenkel-Heiden. Zur Keuntnis der Psychosen nach Erysipel, 383-408. — **Sigm. Freud**. Bruchstück einer Hysterie-Analyse, 408-467. — **Brock (G.)**. Untersuchungen über die Entwicklung der Neurofibrillen des Schweinefötus, 467-480.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift
(1905, Siebenter jahrgang).

Lomer (Georges). Einige Wurzeln der Wahnbildung im Alltagsleben n° 36, 2 Dezember, 229-231. — **Wyler (Marcus)**. Die rechtlichen Hauptformen der Irrenfürsorge, 331-335. — **Erlenmeyer (A.)**. Wachsaal und

Dauerbad in der Privat-irrenanstalt. n° 37, 9 Dezember, 237-239. — **Starlinger**. Die Dauernachtwache, n°38, 16 Dezember, 345-349. — **Sommer-Giesen**. Kliniken für psychische und nervöse Krankheisten, n° 40, 30 Dezember, 364-366.

ANGLETERRE

British Journal of Psychology (The) (1905, I, Part 4 october).

Rivers. Observations on the Senses of the Todas, 321-396. — **Myers (Charles)**. A Study of Rhythm in primitive music 397-406. — **Ward (James)**. Is (Black) a sensation? 407-427. — **Mcdougall (W)**. The illusion of the « Fluttering Heart » and the visual Functions of the Rods of the Retina, 428-434. — **Mcdougall. (W)**. On a New Method for the Study of concurrent Mental Operations and of Mental Fatigue, 435-445.

BEGIQUE

Journal de Neurologie (1905. 10e ann).

Taty et **Chaumier**. Evolution des états hypochondriaques n° 23, 5 décembre, 521-533. — **Pitres** et **Cruchet**. Le tic hystérique, n° 24, 20 décembre, 541-553. — **Marchand (Le)**. Du rôle de la syphilis dans les maladies de l'encéphale, 553.

BRÉSIL

Archivos Brasileiros de Psychiatria Neurologia (1905, ann. I, nos 3 et 4, Outubro).

Soca (S.). Sobre la hemiplegia dolorosa de origen central, 225-232. — **Medeiros e Albuquerque**. Que é uma emocão ? 233-260. — **Franco da Rocha**. Sobre a psychose maniaco-depressiva 279-288. — **Roxo (Henrique)**. Noçoes geraes sobre o systhema nervoso, 289-294. — **Britto (Victor de)**. A proposito de un caso de coxalgia hysterica, 295-300. — **Krapelin**. Loucura dos querelantes, 301-309. — **Moreira (Juliano)** e **Peixoto (Afranio)**. Classificação de molestias mentaes do Prof. E. Kraeplin, 310-316.

ESPAGNE

Trabajos del Laboratorio de investigationes Biologicas (1905, tomo IV, Fasc. 3).

Cajal (Ramon S.). Mecanismo de la regeneracion de los nervios, 119-210.

ETATS-UNIS

Alienist and Neurologist (The) 1905, XXVI. n° 4 november).

Taylor (Charles F.). And Early American Description of Astasia-Abasia, 411-435. — **Rich (Herbert)**. A Case of Unusual Sexual Precocity 436-439. — **Kiermann (G. Jas)**. Fricht Etiologyas a Basis for Damages. An Analysis of the Braun-Craven Case, 440-456. — **Weber (L. W.)**. Relations Between Psysical Diseases and Mental Disorders, 457-479. **Hughes (Marc Rey)** Some Remarks on the Pathology of Epilepsy. 480-483.

Journal of Nervous and Mental Disease (The) (1905, V. 32).

Orsay (D') **Hecht**. A study of dementia Praecox, n° 11, November, 689-712. — **Ward A Holden**. The Early signs of dementia paralytica, 713-720. — **Slaney I. Schwab. M. D.** Psychasthenia. Its clinical entity illustrated by a case, 721-728. — **Rosanhoff (A.)**. The Diet in Epilepsy, n° 12, December, 753-758. — **D'Orsay Hecht**. A Study of Dementia Præcox, 762-790.

ITALIE

Manicomio (1905, XXI Anno, n° 2).

Esposito. Psammomi della dura madre. Pseudo-porencefalia e paresi spastica, 129-155. — **Lener**. La delinquenza e la pazzia in rapporto alla universalita del fenomeno economico, 156-172. — **Tomasini**. Le psicosi

nell'esercito e la istituzione di manicomi da campo, 173-188. — **Garbini.** Tumore della fossa posteriore del cranio-contributo clinico ed anatomico, 189-218. — **Angiolella.** Sulla genesi biologica del delitto appunti, 218-248. — **Rossi.** Dell'attenzione collectiva e sociale. — **Esposito.** Amiotrofie da trauma nervoso periferico studio clinico, 254-265.

Rivista Sperimentale di freniatria e medecina legale (1905, XXXI, Fasc. III-IV).

Pellizzi. Concetto clinico anatomico e patogenetico del idiozie meningitiche, 309-366. — **Stefani e. Ugolotti.** Influenza dell'eta e dell'intensita e ripetizione dello stimiolo sui caratteri di alcune reazioni nervose elementari, contributo allo studio dell'adattamento, 367-424. — **De Sanctis.** Gli infantilismi, 425-482. — **Cerletti.** Sopra alcuni rapporti tra le « cellule a bastoncello » (Stäbchenzellen) e gli elementi nervosi nella paralisi progressiva, 483-495. — **Ceni e Besta.** Sulla persistenza del potere vitale e patodella spora aspergillare nell'organismo animale, 496-501. — **Besta.** Sopra il potere patogeno dell'Aspergillus fumigatus, 502-517. — **Biancone e Majano.** Omicidio commesso nello « stato secondo da Azam », 518-545. — **Pighini.** Contribuzioni allo studio della demenza precoce, 546-568. — **Besta.** Sulla struttura della guaina mielinica delle fibre nervose periferiche, 569-583. — **Scarpini.** Su alcune alterazioni primitive del reticolo fibrillare endocellulare e delle fibrille lunghe cellule del midollo spinale, 584-594. — **Ceni.** Di una nuova specie di Aspergillus varians e delle sue proprietà patogene in rapporto coll'etiologia della pellagra, 595-617. — **Guicciardi.** Nuovi strumenti per ricerche psicofisiche, 618-629. — **Guicciardi.** Contributo sperimentale e statistico allo studio della memoria, 630-635. — **Giucciardi.** Accomodazione dell'orecchio a rumori variamente distanti, 636-639. — **Scarpini.** Se alterazioni cadaveriche delle cellule nervose studiate col metodo Donaggio, 640-644. — **Besta.** Sulla degenerazione e rigenerazione delle fibre nervose periferiche, 645-646.

RÉPUBLIQUE-ARGENTINE

Archivos de Psiquiatria y Criminologia (1905, Ano IV, Julio-Agosto).

Firmin Rodriguez. Influencia del estado civil sobre el suicidio en Buenos-Aires, 385-404. — **Etchepare (Bernardo).** Paralisis général con remission de cinco anos, 405-414. — **Teran (J.-M.).** Naturaleza del lenguaje, 415-428. — **Gacitûa. C. Moyano Gacitûa.** El delito ante la Sociologia, 429-447. — **Francisco De Veyga.** La persona humana ante el cristerio légal. Les signes de humanidad y el origen de los monstruos, 448-463. — **Lucero (Amador L.).** Desarrollo psiquico y discernemiento para delinquir, 464-475. — **Mendez (Rodriguez).** El ingresoen los manicomios Desde el punto de vista Médico-légal 476-499.

LIVRES REÇUS

Boidard (Marcel). *Sur la démence précoce.* Thèse de la Fac. de Méd. de Paris. Br. 108 p. 1905. Paris, Jouve.

Kellogg (Théodore H.). *The Relation of Certain Extreme Emotional States to Insanity.* Br. 10 p. Extrait de *New-York Medical Journal* and *Philadelphia Medical Journal* for October 14, 1905.

Binet-Sanglé. *Les Prophètes Juifs.* 1 vol. de la Bibliothèque de l'Ecole de Psychologie, in-16, 324 p. 1905. Dujarric, Paris. Prix 3 fr. 50.

Neisser (Clemens). *Individualitat und Psychose.* 1 Br. 32 p. 1906, Aug. Hirschwald, Berlin.

Brugia (Raffaele). *I Problemi della Degenerazione.* 1 vol. 426 p. Pon 12 tavole e 24 figure nel testo. 1906, Nicola, Zanichelli, Bologna. Lire 10.

Supplément à la Revue de Psychiatrie. Février 1906.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE MENSUEL

DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

FRANCE

Annales Médico-Psychologiques. (1906, 64e ann., n° 1, janvier-février).

Sokalsky (N.). Les psychoses aiguës et leur classification. 5-31. — **Briand (Marcel).** Prophylaxie et traitement de la tuberculose dans les asiles d'aliénés. 32-38. — **Gimbal.** Les incendiaires (suite). 39-53. — **Laurent (Armand).** Physionomie et mimique chez les aliénés (suite et fin). 54-90. — **Picqué (Lucien).** A propos du délire infectieux. 92-97. — **Legrain** et **Vigouroux.** Observation de démence précoce survenue chez un dégénéré avec autopsie et examen histologique. 97-103. — **Doutrebente (G.)** et **Marchand (L.).** Deux cas de démence précoce avec autopsie et examen histologique, 103-112. — **Gimbal.** Les hallucinations obsédantes, 112-117. — **Olivier (Maurice).** Délire de persécution systématisé curable chez un alcoolique, 117-122. — **Marie** et **Barbaux.** Présentation de la calotte cranienne d'un idiot, 122-123. — **Dromard (G.)** et **Levassort.** Enfants martyrs, victimes d'une mère atteinte du délire des persécutions, 131-136.

Société Médico-psychologique, séance du 20 octobre 1905 et séance du 27 novembre 1905.

Archives de Neurologie. (1905, xx, 27e an., n° 120, décembre).

Bra. Recherches microbiologiques sur l'épilepsie, 469-478.

Chronique Médicale. (1906, 13e an.).

Icard. La mort par choc moral. N° 2, 15 janvier, 33-43.

Gazette des Hôpitaux. (1906, 79e ann.).

Mathieu (Albert) et **Roux (J.-Ch.).** L'hystérie gastrique et ses stigmates périphériques. N° 4, 11 janvier, 39-41.

Journal de Psychologie normale et pathologique. (1906, 3e ann., n° 1, janvier-février).

Dromard (G.). Essai de classification des troubles de la mimique chez les aliénés, 1-13. — **D'Allonnes (G. R.).** L'explication physiologique de l'émotion, 14-25. — **Féré (Ch.).** Exemple d'induction psychomotrice chez un chat, 26-30. — **Roy (Pierre).** De l'hypochondrie, 31-39. — **Juquelier (P.).** Deux observations de troubles mentaux passagers ayant fait songer à la simulation, 40-45.

Médecin Praticien (Le). (1906).

Vigouroux (A.). Les délires toxiques. N° 5, 20 janvier, 30-31.

Progrès Médical (Le). (1906, 3e série, XXII).

Terrien. Les psychopathies chez le paysan. N° 3, 20 janvier, 33-36.

Revue de Médecine. (1906, XXVIe ann., n° 1, 10 janvier).

Marandon de Montyel (E.). Les causes morbides prédisposantes en pathologie mentale, 34-67.

Revue de Médecine Légale. (1906, 13e ann., n° 1, janvier).

Dabout (E.). Suicide chez un auto-accusateur alcoolique, 5-9. — **Patoir.** Avortement spontané ou provoqué? Etude médico-légale, 9-20.

Revue de Philosophie. (1906, 6e ann., n° 1, 1er janvier).

Eymieu (A.). Comment l'idée incline à l'acte, 42-49.

Revue Neurologique. (1905, XIIIe ann.).

Ingegnieros (Joseph). Classification clinique des syndromes paralytiques généraux. N° 24, 30 décembre, 1173-1182 (1906, XIVe année). — **Delacroix (H.)** et **Solager (E.).** Amnésie rétro-antérograde générale et presque totale; délire; anesthésie considérable des diverses sensibilités chez une hystérique, n° 1, 15 janvier, 6-12.

Revue Philosophique. (1906, XXXIe ann., n° 1, janvier).

Bourdon (B.). L'effort, 1-14. — **Rogues de Fursac.** L'avarice: essai de psychologie morbide, 15-14. — **Prévost (G.).** La religion du doute, 41-62.

Thèses de la Faculté de Médecine de Bordeaux. (1905-1906).

Chamontin. Influence de la suggestion sur les soldats du Premier Empire, novembre 1905. — **Dumora.** Paraphasie, jargonaphasie et démence. (Recherches cliniques et anatomo-pathologiques). Décembre 1905. — **Brochet.** Essai de procédé manuel de topographie cranio-encéphalique. — **Breneau.** Contribution à l'étude du délire alcoolique d'après 54 observations prises à la clinique psychiatrique de l'Hôpital Saint-André.

EXTRAIT

Laurent (Armand). *Physionomie et mimique chez les aliénés*, 1 broch., 82 p., Extr. des Annales médico-psychologiques, n° 3, novembre-décembre 1905 et n° 1, janvier-février 1906, Masson et Cie, Paris.

ALLEMAGNE

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie (1906, XXIX).

Specht (Wilhelm). Einige Bemerkungen zur Lehre von den traumatischen Neurosen, n° 204, 1 Januar, 1-15. — **Bach (L.).** Ist die kreuzung des Trochlearis eine totale oder partielle? 16-18. — **Hoppe (H.).** Die forensische Beurteilung und Behandlung der von Trunkenen und von Trinkern begangenen Delikte, n° 205, 15 Januar, 49-66.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift. (1906, Siebenter-Jahgang).

Hermann. Die Bedeuting der irrenheilkunde für die heilpädagogik, n° 41, 6 janvier, 373-377. **Engelken Jun (H.).** Weibliche Pfege bei Geisteskranken, n° 42, 13 janvier, 381-386. **Alt (Konrad).** Videant consules! n° 43, 20 janvier, 389-391. **Bresler.** Wesen und graphische darstellung des manischen symptomencomplexes. 391-393. — **Chotzen (F.).** Eine beschäftigung für überwachungsbedürftige kranke, n° 44, 27 janvier, 400-401,

Psychologische Studien. (1906, I, band, 5, und 6, heft, 23 janvier).

Krueger (Félix). Die theorie der konsonanz, 305-387. — **Spearman (C.).** Die normaltäuschungen in der lagewahrnehmung, 388-493. — **Wundt (W.).** Kleine mitteilungen: Die dioptrischen metamorphopsien und ihre ausgleichung, 494-497.

ANGLETERRE

Journal of Mental Science (The). (1906, LII, n° 216, janvier).

Bolton (Joseph Shaw). Amentia and dementia: a clinico-pathological study, 1-28. — **Cole (Sydney J.).** On some relations between aphasia and mental disease, 28-49. — **Crookshank (F. Graham).** Some notes on the study of insanity, 49-62. — **Norman (Conolly).** Multiple lipomata in general paralysis, 62-69. — **Jones (Robert).** Some clinical notes upon urine-

testing and results, 69-74. — **Drapes (Thomas)**. A note on psychiatric terminology and classification, 75-84. — **Dougall (Alan)**. The David Lewis Manchester epileptic colony, 84-92. — **Greene (George)**. Notes upon the incidence of tuberculosis in asylums, 92-108. — **Rainsford (F. E.)**. The necessity for state interference on behalf of the imbecile, 108-115. **Robertson (George M.)**. The employment of female nurses in the care of insane men in asylums, 116-129. — **Pringle (A. D.)**. Mental disease associated with « Insangu » (Indiàn Hemp) Smoking and tape worm, 129-138.

ÉTATS-UNIS

Journal of Nervous and Mental Disease (The). (1906, XXXIII, n° 1, janvier).

Onuf (Onuffrowicz). On the association of epilepsy with muscular conditions fitting best into the cadre of the myopathies, 12-29. — **Morton Prince**. Case of multiform tic including automatic speech and purposive movements, 29-34.

Psychological Bulletin (The). (1906, III, n° 1, 15 janvier).

Stratton (G. M.). The difference between the mental and the physical, 1-9.

Psychological Review (The). (1906, XIII, n° 1, January).

Hammond (W. A.). The Relations of Logic to Allied Disciplines, 1-22. — **Wright (W. R.)** Some Effects of Incentives on Work and Fatigue, 23-34.

ITALIE

Annali dell'Instituto Psichiatrico della R. Università di Roma. (1905, IV).

Tamburini (A.). Prefazione, 3. — **Cuboni (G.)**. Ezio Sciamanna nella vita intima, 3-12. — **De Sanctis (S.)**. Commemorazione del Prof. Ezio, Sciamanna, 12-22. — **Sciamanna (E.)**. Funzioni psichiche e corteccia cerebrale, 22-47. — **Sciamanna**. Publicazioni del Prof., 47-53. — **De Sanctis (S.)**. Su alcuni tipi di mentalita inferiore, 53-75. — **Forli (V.)**. **Guidi (G.)**. Contributo allo studio clinico del riflesso faringeo, 75-91. — **Cerletti (U.)**. Considerazioni sulla patogenesi di alcune psicosi tossiche a proposito di un caso di psicosi cloralica, 91-117. — **Cerletti (U.)**. **Perusini (G.)**. Sopra alcuni caratteri descrittivi antropologici nei soggetti colpiti dall'endemia gozzo cretinica (tiroidismo endemico), 117-214. — **Giannuli (F.)**. Riso spastico, 214-230. — **Fabrizi (G.)** **Forli (V.)**. Contributo allo studio delle deformità congenite familiari delle estremita, 230-251. — **Mariani (F.)**. La deviazione cefalo-oculare apopletica e la legge delle'innervazione reciproca degli antagonisti, 251-273.

Annali di Freniatria e Scienze affini. (1905, XV, fasc. 4, décembre).

Pellizzi (J. B.). Della eterotopia della sostanza corticale cerebrale (Note anatomo-patologiche e cliniche, 289-317). — **Tirelli (Vitige)**. Perizia medico-legale sulle condizioni mentali di Rosa Bonetti imputata di correità in omicidio, 320-348. — **Ingegnieros (Jose)**. Nuova classificazione dei delinquenti fondata sulla psicopatologia, 349-357. — **Roddolo (Tommaso)**. Contributo alla fisiologia del fenomeno del ginocchio ricerche eseguite con un nuova apparecchio di esploraziane bilaterale e contemporanea, 358-382.

Rivista di Patologia nervosa e mentale. (1905, x, fasc. 11, novembre).

Pariani (C.). Il tetano faradico in alcune malattie mentali, 497-524. — **Perazzolo (S.).** Il crepitio delle falangi negli alcoolisti (segno di Quinquaud), 524-530. — **Obici (G.).** Di un nuovo metodo per iscrivere grafiche sul cilindro girante. Fasc. 12, décembre, 545-550. — **Giachetti (C.).** Contributo allo studio della sensibilità nella paralisi generale progressiva, 550-562.

SUISSE

Archiv für Die Gesamte Psychologie. (1906, VI. Band, 4. heft).

Kirschmann (A.). Normale und anomale Farbensysteme, 397-424. — **Lehmann (Alfred).** Beiträge zur Psychodynamik der Gewichtempfindungen, 425-499. — **Stern (Paul).** Berichtigung, 500-502.

LIVRES REÇUS

Marchand. *Du rôle de la syphilis dans les maladies de l'Encéphale.* 1 vol. in-12, 233 p. 1906, Doin, Paris, prix : 3 fr. 50.

Havelock Ellis. *Erotic symbolism.* 1 broch., 21 p. Octobre 1905. Reprinted from Medicine, Swift, publisher.

Ladame (P. L.). *Le régime des aliénés en Suisse* avec annexe : quelques données statistiques sur les Sociétés suisses de secours aux aliénés. 1 broch. 76 p. 1905. Société générale d'Imprimerie. Genève.

Colucci (Cesare) *Le Impronte vascolari del Dolore fisico.* Extr. de Annali di Nevrologia. Ann. XXIII, Fasc. IV-V. 1 broch. 48 p. 1905. Naples, Francesco Giannini et Figli.

Grasset (J.). *Les limites de la Biologie.* 1 vol. de la Bibliothèque de Philosophie Contemporaine, in-12, 203 p., 1906, Alcan, Paris, prix : 2 fr. 50.

Rignano (Eugenio). *Sur la transmissibilité des caractères acquis. Hypothèse d'une centro-épigénèse.* 1 vol. de la Bibliothèque de Philosophie Contemporaine, in-8°, 320 p., 1906, Alcan, Paris, prix : 5 fr.

Gaillaud (Eucher). *Essai sur la cérébralité féminine.* 1 broch., 96 p. 1905, Bordeaux.

Gibbs (John S.), Foster (Arthur D.), Kuchler, Hehl, Wade (J. Percy), Hurley (Thomas A.). *The one hundred and eighth annual report of the board of managers of the Maryland Hospital for the Insane near Catonsville, Baltimore County. Tohis excellency the governor of Maryland.* I broch., 55 p., November 1905, Baltimore.

Hanford (Peter Oliver). *Annual report of the department of public health for the fiscal year ending.* City of Colorado springs, Colorado. 1 broch., 29 p., February 28 th, 1905, Colorado springs, Colo.

Supplément à la Revue de Psychiatrie. Mars 1906.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE MENSUEL

DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

FRANCE

Archives de Neurologie. (1906, XXI, 2e série, n° 121, janvier).

Bourneville et Perrin. Deux cas de méningo-encéphalite chronique avec cécité. 1-26. — **Dromard (G.)** et **Levassort (J.).** Dégénérescence mentale et maladie de Basedow. 26-32. — **Coulonjou.** Projet d'un concours spécial pour les médecins des asiles de la Seine. 32-40.

Archives Générales de Médecine. (1906, 83e an., I).

Lévy (Paul-Emile). La cure définitive de la neurasthénie par la rééducation psychique. N° 6, 6 février. 321-333.

Bulletin Médical (Le). (1906, 20e an.).

Comby, Vigouroux (A.) et **Collet (G.).** Oblitération de la veine cave supérieure. N° 12, 10 février, 131-132.

Gazette des Hôpitaux. (1906, 79e an.).

Mathieu (Albert) et **Roux (J.-Ch.).** L'hystérie gastrique et ses stigmates psychiques, N° 13, 1er février, 147-149. — **Marandon de Montyel (E.).** Troubles isolés et simultanés des réflexes iriens dans la paralysie générale. N° 19, 15 février, 219-223.

Presse Médicale (La). (1906).

Ingegnieros (J.). Les prétendus symptômes de l'hémiplégie hystérique. N° 14, 17 février, 105-107.

Revue de la Société Scientifique d'hygiène alimentaire. (1905, II, n° 5, août-septembre).

Ioteyko (I.), Kipiani (V.), Romain, Pinsonnat, Leroy et **Gérard.** L'alcool, le sucre, la caféine et leur influence sur le travail musculaire. 483-491.

Revue Neurologique. (1906, XIVe an.).

Dupré (E.) et **Camus (P.).** Euphorie délirante et onirisme chez un phtisique. Double tubercule cortico-méningé frontal symétrique. N° 2, 30 janvier, 90-91. — **Klippel** et **Lhermite.** Lésions de la moelle dans la démence précoce. 96-94. — **Noica** et **Avramescu.** Sur la perte de sens stéréognostique à topographie radiculaire dans quatre cas de tabes. 99-100. — **Delacroix** et **Solager.** Amnésie rétro-antérograde générale et presque totale ; délire ; anesthésie considérable des diverses sensibilités chez une hystérique. 104. Communications à la Soc. de Neurologie, 11 janvier 1906.

Revue Philosophique. (1906, 31e an., N° 2, février).

Palante (G.). L'ironie : étude psychologique. 147-163. — **Rogues de Fursac.** De l'avarice : essai de psychologie morbide (fin). 164-201.

EXTRAITS

Ladame (P.-L.). *Le régime des aliénés en Suisse avec annexe. Quelques données statistiques sur les sociétés suisses de secours aux aliénés.* 1 broch. 76 p., extr. du Bull. de la Société genevoise d'Utilité Publique VIII. n° 58, 1905, Genève.

Scanaro (Luigi). *La leva militare dal punto di vista morale. Studio critico sul riconoscimento degli anomali nelle operazioni di reclutamento.* 1 broch., 60 p., extr. dalla Rivista Militare Italiana, disp. XII, 1905, Rome.

ALLEMAGNE

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. (1906, LXIII band 1 heft. 22 février).

Behr (Albert). Uber den glauben an die besessenheit. 5-41. — **Ast (Frits).** Beitrag zur kenntnis des induzierten irreseins. 41-59. — **Lukács (Hugo).** Zur pathologie der progressiven paralyse. 59-73. — **Stransky (Erwin).** Zur lehre von den kombinierten psychosen. 73-96. — **Schaefer (Heinrich).** Moralischer schwachsinn. 95-106. — **Nacke (P.).** Der kutz bei geisteskranken. 106-128.

Centralblatt für Nervecheilkunde und Psychiatrie. (1906, XXIX, jahrgang).

Bechterew (W.). Ueber zwangsschwitzen der Hände. N° 206, 1er février, 89-91. — **Tiling (Tk.).** Clemens Neisser : Individualität und psychose. 91-101. — **Gaupp (Robert).** Zur gerichtsärztlichen beurteilung der im rausche begangenen verbrechen. 101-106. — **Chotzen (F.).** Mischzustände bei epilepsie und alkoholismus. N° 207, 15 Février, 129-139. — **Bach (L.).** Ueber das verhalten der motorischen kerngebiete nach läsion der peripheren nerven und über die psysiologische bedeutung der Edinger-Westphal'schen kerne. 140-150.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift. (1906, siebenter jahrgans).

Bresler. Simulation von Geistesschwäche bei Schwachsinn. N° 45, 3 février, 405-409. Entscheidung des preussischen oberverwaltungsgerichts vom 20. VI. 1905, betreffs unterbringung eines gemeingefährlichen geisteskranken. N° 46, 10 février, 417-421. Entscheidung des preussischen oberverwaltungsgerichts vom 20. VI. 1905, betreffs unterbringung eines gemeingefährlichen geisteskranken (fortsetzung). N° 47, 17, février, 425-431. — **Nacke (P.).** Wahnidee und irrthum. N° 48, 24 février, 433-436. — **Hoppe (H.).** Der aerztemangel an irrenanstalten und eine bisher nicht beachtete. Ursache desselben. 436-437. — Entscheidung des preussischen oberverwaltungsgerichts vom 20. VI. 1905, betreffs unterbringung eines gemeingefährlichen geisteskranken. 447-439.

BELGIQUE

Bulletin de la Société de Médecine Mentale de Belgique. (1905, n° 124. décembre).

Glorieux. La neurasthénie chez les ouvriers. 737-754. — **Marie (A.).** Sur quelques aspects de la question des aliénés coloniaux. 754-778. — **Boulenger** et **Hermant (Paul).** Association des idées chez les idiots et les imbéciles (suite). 778-824.

Journal de Neurologie (1906, 11e an.).

Debray (A.). Aphasie sensorielle avec hémianopsie latérale homonyme droite. N° 2, 20 janvier, 21-27. — **De Buck (D.)** et **Deroubaix (A.).** Considérations anatomo-psychologiques sur la démence précoce. 27-32. — **Marandon de Montyel (E.).** L'accommodateur dans la paralysie générale. N° 3, 5 février, 41-50.

ETATS-UNIS

American Journal of Insanity (The). (1905, LXII, n° 2, octobre).

Cowles (Edward). The problem of psychiatry in the functional psychoses. 189-239. — **Franzs (S. I.)** et **Hamilton (G. V.).** The effets of exercise upon the retardation in conditions of depression. 239-257. — **Farrar (Clarence B.).** Dementia präcox in France, with some references to the frequency of this diagnosis in America. 257-283. — **Hoch (Theodore A.).** A study of somatic ideas in various psychoses. 283-307. — **Ruggles (A.-H.).** Observations on ganser's symptom. 307-313.

American Journal of Psychology (The). (1906, XXII, n° 1 janvier).

Browne (Charles E.). The psychology of the simple arithmetical processes : A study of certain habits of attention and association. 1-38. — **Franz (Shepherd Ivory).** The time of some mental processes in the retardation and excitement of insanity. 38-69. — **Chamberlain (Alexander F.).** Acquisition of written language by primitive peoples. 69-81. — **Ferree (C. E.).** An experimental examination of the phenomena usually attributed to fluctuations of attention. 81-121. — **Bell (Alma)** et **Muckenhoupt (Loretta).** A comparison of methods for the determination of ideational types. Minor studies from the psychological laboratory of vassar college. Communicated by Margaret F. Washburn. 121-127. — **Town (Clara Harrison).** The kinaesthetic element in endophasia and auditory hallucination. 127-134. — The negative aspet of hallucinations. 134-137.

Journal of Mental Pathology (The). (1905, VII, n° 4).

Sergi (Sergio). Reflex and automatic excitability. 161-167. — **Timpano (Pietro).** Neurasthenia and Neurohyperesthenia of Grocco. 167-172. — **Robinovitch (Louise G.).** Electric sleep. An experimental study with an electric current of low tension. Illustrated with cardiac and respiratory tracings. 172-178.

Journal of Nervous and Mental Disease (The). (1906, XXXIII, n° 2, février).

Hoppe (Herm H.). Hysterical stigmata caused by organic brain lesions. 101-115. — C. R. Philadelphia Neurological Society. October 24, 1905. 122-124. C. R. Chicago Neurological Society. October 26, 1905. 124-130.

SUISSE

Archives de Psychologie. (1906, V, n° 19, janvier).

Zbinden (H.). Conception psychologique du nervosisme. 185-244. — **Schuyten (M. C.).** Sur la validité de l'enseignement intuitif primaire. 245-253. — **Claparède (Ed.).** A propos de la lune à l'horizon. 254-257.

LIVRES REÇUS

Bruel (André). *Traitement des chorées et des tics de l'enfance. Alitement et isolement. Discipline psycho-motrice.* 1 broch., 102 p., 1906, G. Steinheil, Paris.

Halberstadt (G.). *La folie par contagion mentale.* 1 broch., 129 p., 1906, J.-B. Baillière, Paris.

Vaschide (N.). *Index philosophique.* 2e an., 1903. *Philosophie et sciences.* 1 vol. in-8°, 464 p., 1905, Chevalier et Rivière, Paris, prix 10 francs.

Brochet (A.-A.). *Essai de procédé manuel de topographie cranio-encéphalicpie.* (*Travail du Laboratoire de Médecine opératoire*). 1 broch., 71 p., avec gravures, 1905, P. Cassignol, Bordeaux.

Dumora (Henri). *Paraphasie, jargonaphasie et démence (Recherches cliniques et anatomo-pathologiques).* 1 broch. 115 p., avec fig., 1905, Bordeaux.

Harmon (F.-W), Kendig (W.-C.), Mann (J.-W.), Foss (H. Milton) et **Jenner (Chas. G.).** *Forty-sixth annual report of the board of directors and superintendent of Longview Hospital, Cincinnati, Ohio, to the governor of the state of Ohio for the year 1905,* 1 broch., 64 p., 1905, Cincinnati.

Dechert (Henry-M.), Hill (Samuel), Bricker (Elizabeth-B.), Shenk (J.-M.), Guilford (W.-M.) et **Bricker (T.-C.).** *Twelfth annual report of the state asylum for the chronic insane of Pensylvania. For the year ending September 30, 1905, South Mountain.* 1 broch., 48 p., avec gravures, 1905, Lebanon, Penn'a.

Le décubitus latéral gauche comme moyen épileptofrénateur. — « Cette pratique, indiquée par Mac Conaghy, d'Edimbourg, consiste à placer l'épileptique, au début de son accès, sur le côté gauche : les convulsions cesseraient immédiatement : « Jusqu'à présent, écrit le « Dr Crocq, de Bruxelles [1], je n'ai vu aucun accès résister à cette pra- « tique, pourvu qu'on l'applique au début de la période tonique. Je ne « doute pas que des exceptions puissent contredire cette règle, mais je « n'en suis pas moins persuadé que nous possédons dans le décubitus « latéral gauche un moyen héroïque d'arrêter les accès d'épilepsie, et « peut-être aussi un procédé de nature à diminuer leur fréquence et « leur intensité. »

« Le Dr Lannois [2], moins heureux que le Dr Crocq, n'a obtenu de résults que parmi le 1 3 des malades soumises à ce traitement. Le décubitus latéral gauche ne réussit, d'après lui, qu'à la période initiale de la crise, à la phase de pâleur. Les crises sont plus courtes, moins intenses, et le moyen ne réussit que chez les mêmes malades.

« M. Bourneville se montre plus pessimiste encore [3] : « Dans la plupart des cas où ce procédé a été appliqué, dans notre service de Bicêtre et à l'Institut médico-pédagogique, il n'y a eu aucun résultat. »

« Nous avons essayé le décubitus latéral gauche chez 15 épileptiques en observant, aussi rigoureusement que possible, les règles tracées par Crocq et Lannois. Chez 12 malades, le résultat a été négatif, 3 de nos épileptiques ont vu leurs crises diminuer de durée et d'intensité : chez l'une d'elles, la crise convulsive qui habituellement durait 10 minutes, a été remplacée, chaque fois que nous avons pu placer la malade assez tôt dans le décubitus latéral gauche, par des vertiges, de simples absences de quelques secondes.

« Notre expérience nous permet d'arriver aux mêmes conclusions que le Dr Lannois, bien que nos succès soient moins nombreux : 1/5 de nos épileptiques, au lieu du tiers, chiffre du spécialiste lyonnais.

« Ce moyen épileptofrénateur ne réussit que chez les mêmes malades, et son succès est d'autant plus évident qu'on l'applique plus tôt au début de la crise. »

(*Rapport médical pour l'année 1904 de l'asile public d'aliénés de Bordeaux* par M. ANGLADE, p. 37.)

PIÉRON.

BRA. — **Recherches microbiologiques sur l'épilepsie** (*Arch. de neurol.*, 1905). — L'auteur a trouvé dans le sang des épileptiques un microcoque qu'il désigne du nom de neurocoque. Plusieurs auteurs ont recherché vainement ce microbe ou en ont trouvé d'autres ne se rapprochant qu'imparfaitement de la description donnée par M. Bra. Sans répondre individuellement aux critiques adressées à ses recherches, cet auteur précise les formes du neurocoque, recommande la thionine phéniquée pour le colorer et explique pourquoi il est difficile d'obtenir de véritables cultures du neurocoque.

L'injection de cultures chez le lapin produit des convulsions ; mais il faut en injecter 20 à 30 centimètres cubes, et encore les convulsions ne ressemblent pas à celles de la crise épileptique ! M. Bra considère cependant le neurocoque comme étant vraisemblablement l'agent pathogène du mal comitial. Il faudrait cependant comparer ces résultats à ce que produirait chez un lapin l'injection intraveineuse (procédé employé par l'auteur) de 20 à 30 centimètres cubes de bouillons de culture de tout autre microbe. La quantité de liquide injectée n'est-elle pas suffisante à produire les convulsions ?

L. MARCHAND.

[1] Congrès de Pau 1904 et *Bulletin de la Société de Medecine mentale de Belgique*, n° 117, 1904.
[2] Communication à la Société de neurologie, 3 novembre 1904.
[3] *Archives de Neurologie*, janvier 1905, p. 64.

Supplément à la Revue de Psychiatrie. Avril 1906.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE MENSUEL

DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

FRANCE

Annales Médico-Psychologiques (1906, 9e série, III, Mars-Avril).

Nina-Rodrigues. La psychose polynévritique et le béribéri. 177-206. — **Bessière**. Les stéréotypies démentielles. 206-214. — **Gimbal**. Les incendiaires (suite). 214-229. — **Lagriffe (Lucien)**. Considérations sur quelques degrés de la responsabilité. 229-243. — **Soutzo (fils)**. La psychiatrie moderne et l'œuvre du professeur Kraepelin (1er article). 233 258. — **Vigouroux (A.)** et **Collet (G.)**. Troubles mentaux par intoxication sulfo-carbonée. 271-279. Soc. Médico-Psycholog., 18 décembre 1905. — **Ingegnieros**. Les troubles du langage musical chez les hystériques. 279-281. — **Hamel** et **Wahl**. Malformation congénitale unilatérale de la face chez un idiot épileptique. 303-307. Soc. Médico-Psycholog., 29 janvier 1906. — **Pron (L.)**. Aphasie dans la tuberculose. 307-309.

Archives Générales de Médecine. (1906, I).

Renaud (M.). La congélation dans l'histologie du système nerveux. N° 9, 27 février, 548-553.

Bulletin Médical (Le). (1906, 20e année).

Arsimoles (L.). Hystérie infantile avec hallucinations. N° 23, 24 mars, 268-270.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des Sciences. (1906, CXLII).

Henry (Charles). Sur les lois de l'élasticité musculaire et leur application à l'énergétique. N° 12, 19 mars, 729-732.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de la Société de Biologie 1906. LX.

Lache (Jon. G.). Sur la nucléine de la cellule nerveuse. N° 1, 12 janv., 28-30. — **Féré (Ch.)**. Deuxième note sur l'influence variable du ralentissement du rythme sur le travail. N° 2, 19 janv., 45-46. — **Féré (Ch.)**. L'influence du sucre sur le travail. 44. — **Féré (Ch.)**. L'influence variable du ralentissement du rythme sur le travail suivant la fatigue. N° 4, 2 fév., 185-186. — **Féré (Ch.)** et **Tixier (G.)**. Note sur l'élimination du bromure de potassium. 186-189. — **Cesari (L.)**. Action de l'épilepsie expérimentale sur l'empoisonnement par la toxine tétanique. N° 8, 2 mars, 397-399. — **Féré (Ch.)**. La précision du mouvement sous l'influence des excitations. 377-378. — **Lache (Jon. G.)**. Sur les boutons terminaux de la cellule nerveuse. 381-382. — **Legendre (R.)**. Sur les modifications des cellules nerveuses d'*Helix pomatia* pendant l'asphyxie par immersion. 388-389. — **Féré (Ch.)**. Note sur la flexion isolée des doigts. — N° 9, 9 mars, 450-452. — **Féré (Ch.)**. Note sur les mouvements d'abduction des doigts. 452-455.— **Lesieur (Ch.)**. Toxicité expérimentale des alcools. 471-472. — **Féré (Ch.)**. Le travail exalté par une excitation nécessite un repos supplémentaire. N° 11, 23 mars, 535-536.

Gazette des Hôpitaux. (1906, 79e année).

Mathieu (Albert) et **Roux (J.-Ch.)**. Sur quelques variétés de vomissements hystériques. N° 22, 22 févr., 255-257.

Iconographie de la Salpêtrière (Nouvelle). (1906, 19e an., n° 1, janvier-février).

Lemos (M.). Infantilisme et dégénérescence psychique (3 planches). 50-76. — **Féré.** Contribution expérimentale à la psychophysiologie de l'usage des lunettes (2 fig.). 115-120.

Progrès Médical (Le). (1906, 3e série, XXIII).

Terrien. Maladies nerveuses : accidents hystériques d'imitation. N° 10, 10 mars, 145-148.

Revue de Philosophie. (1906, 6e an., n° 3, 1er mars).

Tassy (E.). Esquisse de l'activité intellectuelle. 278-288.

Revue Neurologique. (1906, XIVe an.).

Blin (G.). Les troubles oculaires dans la démence précoce. N° 4, 28 février, 151-153.

Revue Philosophique. (1906, XXXIe an., n° 3, mars).

Ribéry (Ch.). Le caractère et le tempérament. 294-300.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris. 1906.

Tourrenc. Etat mental des incendiaires. — **Poirault.** Les méthodes de traitement de l'épilepsie. — **Marchand.** Chloroforme et psychopathie. — **Monthélie.** La névrose traumatique et la loi sur les accidents du travail. — **Leroy.** De la paralysie générale conjugale et de ses rapports avec la syphilis. — **Bruel.** Les traitements des chorées et des tics de l'enfance. Alitement et isolement. Discipline psycho-motrice. — **Halberstadt.** Contribution à l'étude de la folie par contagion mentale. — **Dorléans.** Coexistence d'accidents syphilitiques tertiaires avec le tabes et la paralysie générale. — **Bonsant.** Contribution à l'étude des états démentiels et de leur substractum organique.

Thèses de la Faculté de Médecine de Bordeaux (1905-1906).

Fauré. La neurasthénie traumatique chez les artério-scléreux. Décembre 1905. — **Blain.** L'altruisme morbide dans la paralysie générale. Janvier 1906. — **Huet.** Contribution à l'étude de la valeur séméiologique du signe d'Argyll-Robertson. — **Sibenaler.** L'âge du discernement. Considérations juridiques et médico-légales sur la responsabilité de l'enfance coupable.

Extraits

Lache (J.-G.). *L'aspect du noyau de la cellule nerveuse dans la méthode à l'argent réduit.* 1 broch., avec fig., 8 p., extr. de « Anatomischen anzeiger centralblatt für die gesamte wissenschaftliche Anatomie ». 1906, XXVIII, band. Gustav Fischer, Jena.

Shepherd (Ivory Franz Ph. D.) et Hamilton (G. V.). *The effects of exercise upon the retardation in conditions of depression.* (From the Laboratory of Pathological Physiology of the Mc Lean Hospital, Waverly, Mass.). 1 broch., 17 p., extr. de « American Journal of Insanity » LXII, n° 2, octobre 1905.

ALLEMAGNE

Archiv für die Gesamte Psychologie. (1906, VII band, 1. u. 2. heft. 6 mars).

Lipps (Theodor.). Über « Urteilsgefühle ». 1-33. — **Geissler (Kurt).** Persönlichkeitsgefühl, Empfindung, Sein und Bewuhtsein. 33-53. — **Segal (Jacob).** Über die Wohlgefälligkeit einfacher räumlicher Formen. Eine psychologisch-ästhetische Untersuchung. 53-125. — **Zielinski (Th.).** Der Rhythmus der römischen Kunstprosa und seine psychologischen Grundlagen. 125-143.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. (1906, XXIX, jahrgang).

Mongeri (L.). Contribution à l'étude de l'étiologie de la paralysie progressive. N° 208, 1er mars, 169-190. — **Moravesik (E. Emil.)**. Künstlich hervorgerufene Halluzinationen. 209-216. — **Juliusburger (Otto)**. Ueber Pseudo-Melancholie. 216-229.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift. (1906, siebenter jahrgang).

Dannemann. Die frage der psychiatrischen stadt-asyle. N° 49, 3 mars, 441-444. **Näcke (P.)**. Wahnidee und irrthum. 444-446. — **Delbrück**. Die Abstinenz in Irrenanstalten. Vortrag, gehalten auf der Psychiaterversammlung beim x. Internat Kongress gegen den Alkoholismus in Budapest im september 1905. N° 50, 10 mars, 449-451. — **Dannemann**. Die Frage der psychiatrischen Stadt-Asyle. 452-454. — **Meyer**. Aus der Provinzialheilanstalt Münsler i. W. Ein Beitrag zur Frage « Trauma und Geistesstörung » Gutachten, erstattet der Knappschaft über den Bergmann Ke. N° 51, 17 mars, 457-458. — **Delbrück**. Die Abstinenz in Irrenanstalten. Vortrag, gehalten auf der Psychiaterversammlung beim x. Internat Kongress gegen den Alkoholismus in Budapest im september 1905, 458-461. — **Holub (Edmund)** Zur psychiatrischen culturarbeit. N° 52. 24 mars, 465-468. — **Meyer**. Ein beitrag zur frage « Trauma und geistesstörung ». 468-471.

BELGIQUE

Bulletin de la Société de Médecine Mentale de Belgique. (1906, n° 125, février).

Crocq (J.). Les formes frustes de la démence précoce. 29-44.

Journal de Neurologie. (1906, 11e an.).

Decroly. Contribution au diagnostic des irrégularités mentales. Les frontières anthropométriques des anormaux, d'apres M. Binet. N° 4, 20 février, 61-72. — **Deroubaix (A)**. Le rire et le pleurer spasmodiques. N° 5, 5 mars, 81-88. — **Darcanne**. Le signe de Kernig dans la paralysie générale. 91-93. — **Castex (E)**. Le réflexe patellaire est indépendant de la surface du percuteur. 89-90.

ETATS-UNIS

Alienist and Neurologist (The). (1906, XXVII, n° 1, février).

Lewis (H. Edwin). Génius and Degeneration. 1-14. — **Hughes (Chas.)**. Further Views of the Virile Reflex. 14-19. — **Weber (L.-W.)**. Relations between Physical Diseases and Mental Disorders. 19-40. — **Havelock Ellis**. Erotic Symbolism. 47-60.

Psychological Review (The). (1906, XIII, n° 2, mars).

Calkins (M. W.). A reconciliation between structural and functiona psychology : president's address. 61-81 — **Stratton (G. M.)**. Symmetry, Linear illusions, and the Movements of the eye. 82-96. — **Mac Dougall (Robert)**. On secondary Bias in objective judgments. 97-120. — **Boodin (E)**. Mind as instinct. 121-139.

ITALIE

Rivista di Patologia nervosa e mentale. (1906, XI., fasc. 1. janvier).

Ravenna (F.). Sulla colorabilità primaria del tessuto nervoso in rapporto allo stato di ibermazione e di veglia. 1-10. — **Beduschi (V.)**. Le

forme fruste della neurite interstiziale ipertrofica e progressiva dell' infanzia. 10-17. — **Perazzolo (Silvio)**. Su un caso di aneurisma dell' arteria comunicante posteriore. 17-22.

LIVRES REÇUS

Sérieux (Paul) et Mignot (Roger). *Instructions concernant l'Organisation du Service Médical de la Maison de Santé de Ville-Evrard et les soins à donner aux personnes atteintes de maladies mentales.* 1 broch., 66 p., (extr. du *Bull.* de la Soc. de Méd. mentale de Belgique. N°s 122-123, 1905). 1906, O. Berthier, Paris.

Anton (G.). *Über den wiederersatz der funktion bei erkrankungen des gehirnes.* 1 broch., 32 p., 1906, S. Karger, Berlin ; prix : 0 fr. 80.

Malaisé (E). *Die prognose der tabes dorsalis.* Aus der poliklinik für nervenkranke Prof. H. Oppenheim in Berlin. 1 broch., 51 p., 1906, S. Karger, Berlin ; prix : 1 fr.

Oppenheim (H.). *Psychotherapeutische briefe.* 1 broch., 44 p., 1906, S. Karger, Berlin ; prix : 1 fr.

White (Whitman V.), Dent (E. C.). *First annual report of the Manhattan State Hospital to the board of managers for the year ending september 30, 1905.* 1 broch., 96 p., 1906, Brandow Printing Cy, Albany.

Smith (Frank L.), West (John L.), Heins et Co. (John), Pennypacher (Saml. W.), Fuller (Frank M.), Richardson (D. D.), Wolfe (Mary M.), Sommer (H. J.). *26th Annual report of the State Hospital for the insane. S. E. District of Pensylvania, Norristown, Pa*, for the year ending september 30, 1905. 1 broch., 94 p., 1905, Norristown, Pa.

Green (Theodore Francis), Blumer (G. Alder). *Reports of the trustees and superintendent of the Butler Hospital, presented to the Corporation at its sixty-second annual meeting, 24 janvier 1906*, Providence, R. I. 1 broch., avec grav., 44 p., 1906. Snow et Farnham Co.

Supplément à la Revue de Psychiatrie. Mai 1906.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE MENSUEL

DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

FRANCE

Archives de Neurologie (1906, XXI, 2e série, n° 123, mars).

Barbé (A.) Le refus d'alimentation dans la démence catatonique, 161-171. — **Arsimoles.** Grossesse et puerpéralité, chez une épileptique atteinte de chorée ancienne, 171-188. — **Pelletier (Madeleine).** Folie et choc moral, 188-193. — **Lagriffe (L.)** La nouvelle loi militaire, dite loi de deux ans, et le personnel secondaire des asiles d'aliénés, 193-197.

Archives générales de Médecine. (1906, 13).

Arsimoles (L.) Deux cas de mélancolie anxieuse. Sitiophobie intermittente à périodicité régulière. Double personnalité coexistante. N° 13, 27 mars, 790-798.

Bulletin de l'Institut Général Psychologique. (1905, 5e année, n° 6).

Sollier (Paul). Un cas de médiumnité délirante, 487-497.

Bulletin Médical (Le). (1906, 20e année).

Raymond. Sur un cas de polynévrite généralisée avec troubles mentaux. N° 32, 25 avril, 369-373.

Gazette des Hôpitaux. (1906, 79e année).

Debove. Hystéro-traumatisme. N° 42, 10 avril, 495-498. — **Mathieu (Albert)** et **Roux (J.-Ch.)** Des hématémèses hystériques. N° 48, 26 avril, 567-569.

Informateur des aliénistes et des neurologistes. (1906, 1re année, n° 1, mars).

Sérieux (Paul). Un type d'Asile moderne (avec planche), 27-30.

Revue de Médecine Légale psychiatrique et d'Anthropologie criminelle. (1906, 1re année, n° 1, février).

Régis (E.) La neurasthénie traumatique chez les artério-scléreux, 3-8. — **Sérieux (Paul).** Les établissements spéciaux pour aliénés criminels en Allemagne, 8-16. — **Janselme (M. E.)** La sorcellerie en Extrême-Orient, 16-19. — **Dupré (E.)** Examen d'un aliéné criminel récidiviste, 19-27. — **Vallon (Ch.)** L'affaire Weber, 27-35.

Revue de Médecine. (1906, 26e année, IV, 10 avril).

Féré (Ch.) L'angoisse au cours de la paralysie générale, 329-335. — **Souchanoff (S.)** Les représentations obsédantes hallucinatoires et les hallucinations obsédantes, 336-349. — **Salmon (A.)** Sur l'origine du sommeil. Etude des relations entre le sommeil et le fonctionnement de la glande pituitaire, 368-370.

Revue de Philosophie. (1906, 6e année, n° 4, 1er avril).

Ingegnieros (José). La psychophysiologie du langage musical, 386-409.

Revue Neurologique. (1906, 14e année).

De Beurmann, Roubinowitch et **Gougerot.** Psychose polynévritique lépreuse. N° 6, 31 mars, 292-293.

Revue Philosophique. (1906, 31e année, n° 4, avril).

Compayré (G.) La psychologie de l'adolescence, 345-377.

Extraits

Castex (A.) et **Marchand (L.)** *Etude anatomique et histologique sur la surdi-mutité.* 1 broch. avec fig., 19 p., extr. du *Bulletin de Laryngologie, Otologie et Rhinologie*, 1906, IX, 2e trimestre, 1er avril. J.-B. Baillière et fils, Paris.

Patrizi (M. L.) *Sur quelques points controversés de la physiologie du cervelet.* 1 broch. avec fig., 57 p., extrait des *Archives italiennes de Biologie.* 1906, XLV, fasc. 1, 28 mars. Ermanno Loescher, Turin.

ALLEMAGNE

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. (1906, LXIII, band, 2 heft, 30 mars).

Reichardt (M.) Uber das Gewicht des menschlichen Kleinhirnes im gesunden und kranken Zustande, 183-240. — **Plaskuda (W.)** Ein Fall von progressiver Paralyse mit gehäuften epileptiformen Krämpfen nebst Beobachtungen über das Verhalten des Blutdruchs bei solchen Anfällen, 240-244. — **Herzer (G.)** Beitrag zur Klinik des Puerperalpsychosen (Générations psychosen), 244-275. — **Pfister.** Zur ätiologie und symptomatologie der katatonie, 275-298. — **Albrand (Walter).** Das psychische verhalten von Geisteskranken im sterben, 299-333. — **Nornfeld (Hermann).** Entnündigung wegen partieller Geistesstörung, 334-337.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. (1906, XXIX).

Vogt (R.) Die hysterischen Dissoziationen im Lichte der Lehre von der Energie-Absorption. N° 210, 1 April, 249-255. — **Hudovernig (Carl.)** Ein Fall von peripherentstandener Sinnestäuschung, 255-259. — **Hoppe (H.)** Zur gerichtsärztl. Beurteilung des Rausches, 259-263. — **Gaupp (Robert.** Entgegnung auf obigen Aufsatz, 263-266. — **Bunnemann (Otto).** Ueber den begriff des psychischen. N° 211, 15 avril, 289-303.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift. (1906, achter jahrgang).

Schultze (Ernst). Wichtige Entscheidunhen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. v. N° 1, 31 mars, 2-5. — **Vogt (Heinrich).** Ueber einige somatische Eigenschaften der Idioten, 5-9. — **Juliusburger (Otto).** Zur Behandlung alkoholischer Delikte. N° 2, 7 avril, 13-15. — **Schultze (Ernst).** Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. v. 15-19. — **Schultze (Ernst).** Wichige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. v. N° 3, 15 avril, 23-27. — **Dannemann.** Kurs der medicinischen Psychologie mit Bezug auf die Behandlung und Erziehung der angeboren Schwachsinnigen. N° 4, 22 avril, 29-33. — **Schultze (Ernst).** Wichtge Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. v. 33-34.

ANGLETERRE

Journal of Mental Science (The). (1906, LII, n° 217, avril).

Bevan Lewis (W.) Alcoholism, crime, and insanity, 203-219. — **Shaw Bolton (Joseph).** Amentia and dementia : a clinico-pathological study, 221-277. — **Ford Robertson (W.)** The Morison lectures for 1906 : The pathology of general paralysis of the insane, 278-284. — **Greene (George).** The prognosis in dementia paralytica, 284-305. — **Outterson Wood (T.)** Mental (or Asylum trained) Nurses ; their status and registration, 306-311. — **Ashby Elkins (Frank).** The nursing staff at the metropolitan asylum, Leavesden ; Notes upon a scheme of promotion, 312-317. —

Knobel (**W. Bernard**). On the etiology of asylum dysentery. M. D. (Cantab.) Thesis, with some recent additions, 317-345.

Mind A quarterly review of Psychology and Philosophy. (1906. N. S., xv, n° 58, avril).

Schiller (**F. C. S.**) The ambiguity of truth, 161-177.

BELGIQUE

Journal de Neurologie. (1906, 11e année).

Féré. Deuxième note sur la fausse réminiscence, n° 6, 20 mars, 101-105. — **Crocq** (**J.**) Les formes frustes de la démence précoce. N° 7, 5 avril, 121-129.

BRÉSIL

Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias affins. (1906, II, n° 1, janvier).

Austregesilo (**A.**) Mimetismo nos imbecis e idiotas, 3-18. — **Franco da Rocha**. Assistencia familiar aos alienados em S. Paulo, 18-25. — **Moreira** (**Juliano**). Ligeiras notas a proposito da Assistencia familiar, 25-30. — **Vianna Filho** (**Ulysses**). Contribuição as estudo das esterestypias, 30-41. — **Moreira** (**Juliano**). Psychose em leprosos, 41-58.

ETATS-UNIS

Journal of abnormal psychology (The). (1906, I, n° 1, avril).

Janet (**Pierre**). The pathogenesis of Some Impulsions, 1-18. — **Bechterew** (**W.**) What is Hypnosis? 18-26. — **Putnam** (**James J.**) Recent Experiences in the Study and Treatment of Hystéria at the Massachussets General Hospital; with Remorks on Frend's Method of Treatment by « Psycho-Analysis » 26-42. — **Morton Prince**. The Psychology of Sudden Religious Conversion, 42-54.

Journal of Nervous and Mental Disease (The). (1906, XXXIII, n° 4, avril).

White (**William A.**) Types in mental diseases, 254-265.

Psychological Bulletin (The). (1906, III, n° 3, 15 mars).

Dodge (**Raymond**). Recent studies in the correlation of eye movement and visual perception, 85-92. — **Stratton** (**G. M.**) The character of consciousness. N° 4, 15 avril, 117-124.

ITALIE

Il Manicomio. (1905, XXI, n° 3).

Pini. Le cause delle recidive nelle alienazioni mentali, 273-290. — **Tomasini**. Sull' agitazione degli alienati e la cura morfio-scopolaminica, 290-303. — **Ingegnieros**. Sul linguaggio musicale negl' isterici, 303-311. — Nuova classificazione dei delenquenti fondata sulla psicopatologia, 311-321. — **Del Greco**. Intorno alla mente ed ai suoi tipi Saggio di psicologia concreta, 321-343 — **Cristiani**. Frenastenica passiva di violenza carnale ecc, 343-350. — **Esposito**. Amiotrophie da trauma nervoso periferico. — Studio clinico (continuazione), 350-372. — **Baccelli**. Otoematoma nei malati di mente (contavole), 372-382.

Rivista di Patotogia nervosa e Mentale. (1906, XI, fasc. 2, février).

Franceschi (**F.**) Un caso di distimia ciclica a fasi brevissime in una imbecille grave, 49-60. — **Sandri** (**O.**) Un caso di echinococco multiplo del cervello, 61-72. — **Piazza** (**A.**) Contributo clinico ed anatomo-patologico alle lesioni del nucleo lenticolare, 73-88.

RÉPUBLIQUE ARGENTINE

Archicos de Psiquiatrica y criminologia. (1905, IV, septembre-octobre).

Sergi (José). Las ilusiones de los psicologos, 513-525. — **Ingegnieros (José).** La Fisiologia del cerebelo. — Algunos puntos controvertidos, 525-531. — **Rodriguez (Firmin).** Influencia del Alcoholismo sobre el suicidio, en Buenos-Aires, 531-548. — **Barbieri (Pedro).** La Prueba pericial y los Peritos, 548-567. — **Mercante (Victor).** Estudio sobre criminalidad infantil, 567-579. — **Solari (B. T.)** et **Fernandez (F. D.)** Demencia vesanica excitable. Incapacidad absoluta y définitiva, 579-594. — **Montero (Belisario J.)** Notas para la lucha contra el alcoholismo, 594-600. — **Morini (A. Rodriguez).** El XV congreso de alienistas y neurologos Franceses, 600-611. — **Sagarnaga (Elias).** Un caso de falso embarazo histerico, 611-615.

LIVRES REÇUS

Belletrud (M.) et **Mercier (E.).** Contribution à l'étude de la nécrophilie. *L'Affaire Hardisson.* 1 vol. in-18, avec grav., 123 p., 1906. Steinhel, Paris.

Sarradon (Jean). *Des interventions sur la zone génitale de la femme. Traitement de certains cas d'hystérie.* 1 broch. 116 p., 1905. Delord-Boehm et Martial, Montpellier.

Petrunkevich (Alexander). *The freedom of the will. A study in materialism.* 1 broch., 12 p., 1905. Short Hills, New Jersey.

Davis (D. H.), Marvin (Eli), Lockwood George B.), Edenharter (Geo F.). *Fifty-seventh annual report of the board of trustees and superintendent of the Central Indiana Hospital for insane at Indianapolis, Ind. for the fiscal year ending October 31, 1905, to the governor.* 1 broch., 91 p.. 1906. Indianapolis.

Guth (Morris S.), Hertzel (F. E.). *Twentyfourth annual report of the state hospital for the insane at Warren Pennsylvania, for the year ending November 30 th., 1905, to the board of commissioners of public charities.* 1 broch. avec gravures, 108 p., 1906, Warren, Pennsylvania.

Hutchinson (Henry A.). *Annual report of the managers of the Western Pennsylvania Hospital for 1905.* 1 broch , avec gravures, 74 p., 1906. Pittsburgh.

Supplément à la Revue de Psychiatrie. Juin 1906.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE MENSUEL

DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

FRANCE

Archives de Neurologie, (1906, XXI, 2e série, N° 124, avril).

Bourneville. Traitement médico-pédagogique des idioties les plus graves ; résultats. 241.-305. — **Marie.** Folies traumatiques et accidents du travail, 305-321.

Archives générales de Médecine. (1906, I.)

Crucher (R.). Sur un cas de maladie des tics convulsifs (avec 1 fig.) N° 19, 8 mai, 1180-1197.

Bulletin Médical (Le). (1906, 20e an.).

Raymond. Sur un cas de polynévrite généralisée avec troubles mentaux (suite et fin). N° 33, 28 avril, 377-380.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de la Société de Biologie. (1906, LX).

Lécaillon (A.). Sur la faculté qu'ont les araignées d'être impressionnées par le son, et sur le prétendu goût de ces animaux pour la musique. N° 16, 11 mai, 770-772. — **Bosc (F.-J.).** Nature syphilitique des lésions de la paralysie générale. N° 17, 18 mai, 814-816.

Gazette des Hôpitaux (1906, 79e an.).

Grasset. Les voies de la sensibilité dans la moelle de l'homme. N° 55, 12 mai, 651-658.

Journal de Psychologie normale et pathologique. (1906, III, N° 3, mai-juin).

D'Allonnes (G. R.). Le sentiment du mystère chez les aliénés. 193-210. — **Marie (A.) et Viollet (M.).** L'envoûtement moderne. 211-225. — **Charpentier (Cl.).** Quelques temps de réaction chez les aliénés (avec 16 figures). 226-240.

Revue de Médecine. (1906, 26e an., N° 5, 10 mai).

Marie (A.). La légende de l'immunité des Arabes syphilitiques relativement à la paralysie générale. 389-397. — **Féré (Ch.).** Note sur l'épilepsie massive. 419-429.

Revue Neurologique. (1906, 14e an.).

Raymond et Egger (Max). Un cas d'aphasie tactile. Société de Neurologie, séance du 5 avril 1906, N° 8, 30 avril, 371-375. — **Lemos (Magalhaes)** de Porto. Note sur un cas de perte de la vision mentale des objets (formes et couleurs) dans la mélancolie anxieuse. 389-390.

Revue Philosophique. (1906, 31e an., N° 5, mai).

Ribot (Th.). Qu'est-ce qu'une passion ? 472-497. — **Mauxion (M.).** L'intellectualisme et la théorie physiologique des émotions. 498-519. — **Bourdon (B.).** Sur le rôle de la tête dans la perception de l'espace. 526-529.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, (1906).

Charpentier (R.). — Dégénérescence mentale et hystérie. Les empoisonneuses. Etude psychologique et médico-légale (5 avril). — **Trannoy.** La

mythomanie (3 mai). **Niewenglowski**. Les mathématiques et la médecine (23 mai). — **Moreau**. Du suicide chez les enfants. — **Lebret**. Paralysie générale et psychoses dans la syphilis acquise.

Extraits

Franz (Shepherd Ivory) et **Hamilton (G. V.)**. *The effects of exercise upon the retardation in conditions of depression. (From the Laboratory of Pathological, Physiology of the Mc Lean Hospital, Waverley, Mass).* 1 broch., avec fig. 17 p., extr. de « American Journal of Insanity », LXII, N° 2, octobre 1905.

Tomlinson (H. A.). *The general conditions associated with insanity. Their connotations and certain deductions as to their significance.* 1 broch., 24 p., extr. de « The Journal of the American Medical Association, 17 mars 1906, Chicago.

Lemaitre (Aug.). *L'onanismo precoce nei ragazzi e la sua cura psichica.* 1 broch., 14 p., extr. de la « Rivista di Psicologia applicata alla Pedagogia ed alla Psicopatologia », mai-juin 1906, 2e an., N° 3, 1906, Zamorani et Albertazzi, Bologne.

Morselli (A.) et **Pastore (A.)**. *Le modificazioni qualitative e quantitative delle cellule eosinofile nel sangue degli epilettici.* 1 broch., avec fig., 24 p., extr. de « Rivisto Sperimentale di Freniatria » 1906, XXXII, fasc. 1-2., Stefano Calderini, Reggio Nell'Emilia.

Borda (José T.). *Paralysie générale progressive. Contribution à l'étude de son anatomie et de son histologie pathologique.* 1 broch., avec fig., 86 p,, extr. de la « Revista de la Sociedad Médica Argentina », XIII, 377, 1906, Coni frères, Buenos Ayres.

Mercante (Victor). *Sentimientos estéticos del nino (investigaciones experimentales).* 1 broch., 29 p., extr. de los Archivos de Psiquiatria, Criminologia y Ciencias Afines Enero-Febrero 1906. Buenos Ayres.

ALLEMAGNE

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie.
(1906, XXIX jahrgang).

Bunnemann (Otto). Ueber den Begriff des Psychischen. N° 212, 1er mai, 337-351. — **Merzbacher (L.)**. Die Beziehung der Syphilis zur Lymphocytose der Cerebrospinalflüssigkeit und zur Lehre von der « meningitischen Reizung ». 352-380. — **Heddaeus**. Zur Prüfung der pupillenreaktionen. N° 213, 15 mai, 385-386. — **Bumke**. Ueber abnorme Bewegungserscheinungen am Kopfe nach Schädelbasisfraktur, 386-394. — **Alter (W.)**. Zur Hydrotherapie bei Geisteskranken. 394-402.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrif. (1906, Achter Jahrgang).

Schaefer (H.). — Der fall brunke. N° 5, 28 avril, 37-42. — **Ehrcke**. Versuche mit neuen Schlafmitteln. N° 6, 5 mai, 46-50. — **Hoppe (J.)**. Die Anwendung des Proponals bei der Behandlung von Epileptikern, 50 51. **Bœge**. Oswald Alving. N° 7, 12 mai. 57-59. — **Schultze (Ernst)**. Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. V. 59-62. — **Alt (Conrad)**. Zehn Jahre familienpflege in der provinz Sachsen, N° 8. 19 mai. 67-68. — **Bœge**. Oswald Alving, 69-71. — **Bredtschneider**. Städtisches Abwasser und seine Reinigung unter Berücksichtigung des Abwassers aus Irrenanstalten. N° 9, 26 mai, 82-84.

BELGIQUE

Bulletin de la Société de Médecine Mentale de Belgique. (1906, N° 126, avril).

De Bœck et **De Rode.** Expertise médico-légale au sujet de l'état mental de la femme De K., Marie Léonie, prévenue d'empoisonnements. 91-100.

Journal de Neurologie. (1906, 11e an.).

Soukhanoff (Serge) et **Petroff (Serge).** Contribution à l'étude de troubles physiques particuliers dans l'état de stupeur. N° 8, 25 avril. 141-148. — **Von Hamel (G.-A.).** Réforme pénale au point de vue anthropologique et psychiatrique. 148-153.

ETATS-UNIS

American Journal of Insanity (The). (1906, LXII, N° 3, janvier).

Wherry (J.-W.). Melancholia-The psychical expression of organic fear. 369-407. — **Leroy Broun.** A preliminary report of gynecological surgery in the Manhattan State Hospital, West. 407-449. — **Witte (Max E.).** Surgery for the relief of insane conditions. 449-467. — **Knapp (John Rudolph).** Observations on some recent surgical cases in the Manhattan State Hospital, East. 467-479.

American Journal of Psychology (The). (1906, XVII, N° 2, avril).

Hollands (Edmund H.). Wundt's doctrine of psychical analysis and the psychical elements, and some recent criticism. 206-227. — **Murray (Elsie).** Peripheral and central factors in memory images of visual form and color. 227-248. — **Porter (James P.).** Further study of the English Sparrow and other birds. 248-272. — **Chamberlain (A.-F.)** et **(I.-C.).** Hypnagogic images and bi-vision in early childhood. A note. 272-274. — **Martin (Lillien J.).** The electrical supply in the new psychological laboratory at the Leland Stanford, Jr., University. 274-280.

Psychological Bulletin (The). (1906, III, N° 5, 15 mai).

Watson (John (B.). The need of an experimental station for the study of certain problems in animal behavior, 149-156.

Psychological Review (The). 1906, XIII, N° 3, Mai).

The Fechner Number : Editorial Note, 141-142. — **Martin (Lillien J.).** An experimental study of Fechner's principles of æsthetics. 142-189. — **Martin's** Miss article ,A case of pseudo-chromæsthesia : a tricolor plate accompanying, 189.

ITALIE

Annali di Freniatria. (1906, XVI, mars, fasc. 1).

Burzio (Francesco). Contributo allo studio anatomoistologico del sistema nervoso nel crétinismo. 32-48. — **Biondi (Cesare).** Sulla sintomatologia e sulla patogenesi delle neurosi traumatiche (Osservazioni cliniche e médico-legali). 52-94. — **Tirelli (V.).** Perizia médico-legale sulle condizioni mentali di Rosa Bonetti (Continuazione e fine). 1-31.

RÉPUBLIQUE ARGENTINE

Archivos de Psiuqiatria y Criminologia. (1905, IV, novembre-décembre).

Ingegnieros (José). Psicofisiologia del lenguaje musical. 641-661. — **Senet (Rodolfo).** Los tipos endofasicos y los procedimientos pedagogicos. 661-666. — **Bunge (Augusto).** El alcoholismo y sus proyecciones sociales. 666-695. — **Arreguine (Victor).** El suicidio, 695-707. — **Barbieri (Pedro).** El curanderismo en la Republica Argentina. 707-726. — **Avendaño (Leonidas).** Accidentes del trabajo, 726-742.

LIVRES REÇUS

Blum (Paul). *Des anesthésies psychiques dites nerveuses ou hystériques. Etude historique, clinique, expérimentale et critique.* 1 vol. in-8°, 299 p., 1906, O. Doin, Paris.

Charpentier (René). *Les empoisonneuses. Etude psychologique et médico-légale.* 1 broch. avec grav., 227 p., 1906, Steinheil, Paris.

Franz (Shepherd Ivory). *The time of some mental processes in te retardation and excitement of insanity.* (from the Laboratory of Pathological Physiology of the Mc Léan Hospital, Waverley, Mass.) 1 broch., 11 p., « American Journal ef Psychology », XVII, 1906, Janvier, 38-68.

Austregesilo (A.). *Mimetismo nos imbecis e idiotas.* 1 broch., avec grav., 12 p., 1906. Officina de typ. e enc. do Hospicio Nacional de alienados. Rio de Janeiro.

Lallemant. *Département de la Seine-Inférieure, Asile public d'aliénés de Quatre-Mares, Rapport médical pour l'année 1905 et rapport à l'appui du compte administratif de l'exercice 1905.* 1 broch., 58 p., 1906, L. Gy, Rouen.

Giraud (A.), Pochon, Brunet, Devaux (E.). *Département de la Seine-Inférieure, Asile public d'aliénés de Saint-Yon, Rapport médical pour l'année 1905 et rapport à l'appui du compte administratif de l'exercice 1905.* 1 broch., 49 p., 1906, L. Gy, Rouen.

Brovon (Jonathan), Burgess (T. J. W.), Macphail (Andrew). *Annual report for the year 1905, Protestant Hospital for the insane Verdun. Montreal, Que.* 1 broch., 53 p., 1906, Montreal.

Lamb (R. B.), Collins (C. W.), Scott (Jesse M. W.), Clark (Walter M.), Sears (Keith), Keib Raymond (F. C.), Thomas (W. A.). *Forty-sixth annual report of the medical superintendent of the Matteawan Stade Hospital, Matteawan, N. Y. (P. O. Fishkill-on-the-Hudson) for the year ending September 20, 1905.* 1 broch., 48 p., 1906.

Stockton (George), Gaver (Earl E.), Anderson (O. L.). *The sixty-seventh annual report of the Columbus State Hospital to the governor of the state of Ohio for the fiscal year ending November 15, 1905.* 1 broch., avec gravures, 92 p., 1906, Fred. J. Heer, State printer, Columbus, Ohio.

Fondation d'un journal de psychologie anormale. — Pendant qu'il se fonde en France une revue de pédagogie, l'*Education moderne*, les Américains lancent « *The Journal of abnormal Psychology* ». Cet organe est publié par M. MORTON PRINCE, de l'Ecole médicale de Tafts College, (458, Beacon Street, Boston) assisté de MM. HUGO MÜNSTERBERG et JAMES J. PUTNAM, de Harvard University, AUGUST HOCH, de l'Asile de Bloomingdale à New-York, BORIS SIDIS, CHARLES L. DANA, de l'Ecole médicale de Cornell University, et ADOLF MEYER, de l'Institut pathologique des Hôpitaux de New-York.

Le premier numéro de ce périodique, qui a paru le 1er avril, contient des articles de MM. PIERRE JANET, professeur au Collège de France, (The pathogenesis of some impulsions). BECHTEREW (What is hypnosis ?), JAMES J. PUTNAM (Recent experiences in the study and treatment of hysteria at the Massachussets general hospital, with remarks in Freud's Méthods of treatment by « psycho-analysis », MORTON PRINCE (The psychology of sudden religious conversion) etc.

Ce premier numéro suffit à montrer le caractère international de cet intéressant périodique, qui doit paraître 6 fois par an, et où les articles pourront même paraître en français et en allemand. P.

Supplément à la Revue de Psychiatrie. Juillet 1906.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE MENSUEL

DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

FRANCE

Annales médico-psychologiques. (1906, 9e série, III, n° 3, mai-juin).

Parant (Victor). Un article de M. le professeur Grasset : « Demi-fous et demi-responsables. » 353-369. — **Serbky (Wladimir).** Contribution à l'étude des formes mixtes (vésanies), 370-379. — **Gimbal.** Les incendiaires (suite) 380-387. — **Convers (Antonin).** De l'action de l'acide formique en médecine mentale, 388-393. — **Rousset (A.).** Un cas d'exhibitionnisme, 394-401. — **Soutzo (fils)** (de Bucarest). La psychiatrie moderne et l'œuvre du professeur Kraepelin (suite et fin), 402-420. — **Deny (G.)** et **Camus (Paul).** Etude nosologique et pathogénique du délire des négations, 421-443. Soc. Medico-Psycholog., 25 février 1906. — **Lwoff** et **Benon.** Note sur l'emploi du véronal dans les maladies mentales, 443-448. — **Lhermite (J.)** et **Halberstadt.** Troubles mentaux dans la sclérose en plaques, 448-457. — **Sollier (Paul)** et **Duhem (Paul).** Psychose polynévritique par auto-intoxication gastrique, 460-467. — Soc. médico-psycholog. 26 mars 1906. — **Régis (E.).** Sur un cas de délire hypocondriaque d'obstruction et de négation en relation de caractère et de localisation avec de l'ectasie aortique chez un artério-scléreux. Utilisation de la radioscopie et de la radiographie en clinique mentale, 468-473. — **Thivet.** Simulation sur une base morbide, 473-480.

Archives de Neurologie. (1906, XXI, 2e série, n° 125, mai).

Marie (A.). Folies traumatiques et accidents du travail, 353-365. — **Kovalesky.** L'épilepsie et la migraine, 365-380. — **Bourneville.** Traitement médico-pédagogique des idioties les plus graves (suite), 380-417.

Archives générales de médecine (1906, I).

Kabanov (N.). Rôle de l'hérédité dans l'étiologie des affections gastro-intestinales chroniques (suite et fin). N° 23, 5 juin, 1345-1421.

C. R. hebd. des séances de la Société de Biologie (1906, LX).

Féré (Ch.). L'influence sur le travail de l'association et de l'alternative des mouvements des doigts. N° 19, 1er juin, 913-916.

Gazette des Hôpitaux. (1906, 79e année).

Mathieu (Albert) et **Roux (J.-Ch.).** Traitement de l'hystérie gastrique. N° 66, 12 juin, 783-785. — L'internement des aliénés et les placements volontaires. N° 71, 23 juin, 850.

Médecin praticien (Le). (1906).

Duhem (Paul). La démorphinisation. N° 15, 20 juin, 250-252.

Presse Médicale (La). 1906.

Roger (H). Le réflexe gastro-salivaire. N° 47, 13 juin, 373-375.

Revue Philosophique. (1906, 31e année, n° 6, juin).

Compayré (G.). La pédagogie de l'adolescence, 569-598. — **Ribot** (Th.). Comment les passions finissent, 619-643.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris. (1906).

Nouet. De la nécessité d'exiger des connaissances psychiatriques pour les médecins des établissements pénitentiaires. — **Viteman.** Régime déchloruré dans l'épilepsie. — **Leborgne.** Contribution à l'étude des symptômes et des lésions médullaires de la démence précoce. — **Blondel.** Les auto-mutilateurs.

Extraits

Etchepare (**Bernardo**), *Parálisis general y remision.* 1 broch. 10 p., extr. de « Revista Medica del Uruguay », 1905, VIII. N° 8, août, 1906, Montevideo.

ALLEMAGNE

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. (1906, XXIX).

Spielmeyer (**W.**). Zur anatomischen differential-Diagnose der progressiven paralyse. N° 214, 1 juin, 425-432. — **Berze** (**Joseph**). Das primär. Symptom der Paranoia, 432-448. — **Heilbronner.** Sprachstörungen bei funktionellen Psychosen mit Ausschluss der aphasischen Störungen. N° 215, 15 juin, 465-488.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift. (1906, Achter Jahrgang).

Beyer (**Ernst**). Zur Eröffnung von Roderbirken. N° 10, 2 juin, 91-95. — **Bredtschneider.** Städtisches Abwasser und seine Reinigung unter Berücksichtigung des Abwassers aus Irrenanstalten, 95-99. — *Id.* (*suite*). N° 11, 9 juin, 103-105. — Petition der Mährischen Anstaltsärzte um Aufbesserung der materiellen Lage, 106-113. — **Delbrück.** Zur Kostenfrage grösserer oder kleinerer Krankenpavillons. N° 12, 16 juin, 115-119. — **Elmiger** (**J.**). Die Paralyse im Kanton Luzern während des Zeitraumes von 1873-1900, 119-120. — **Grunau.** Mängel in der preussischen Statistik über die Anstalten für Geisteskranke, epileptiker, idioten, schwachsinnige und nervenkranke (der früheren Statistik über die Irrenanstalten). N° 13, 23 juin. 123-126. — **Näcke** (**P.**). Einige Punkte aus der Lehre der Sog. « moral insanity », 126-129.

BELGIQUE

Journal de Neurologie. (1906, 11e année).

Marandon de Montyel. Les pervers. N° 10, 20 mai, 181-191. Les pervers (suite). N° 11, 5 juin, 201-216.

ETATS-UNIS

Alienist and Neurologist (The). (1906, XXVII, n° 2, mai).

Kiernan (**Jas. G.**). Mixoscopic adolescent survivals in art, literature and pseudo-ethics, 123-142. — **Havelock Ellis.** Erotic symbolism, 142-156. — **Hughes** (**Chas. H.**). Psychoencephalonasthenia or cerebrasthenia simplex, and psychoencephalonasthenia or cerebrasthenia insaniens, 156-170. — **Alexander** (**Harriet C. B.**). Legal aspects of epilepsy, 170-189. — **Hughes**

(**Chas. H.**). Railway brain strain of and brain strain regulation of railway employees, 189-200.

American Journal of Insanity (The). (1906, LXII, n° 4, avril).

Dercum (F. X.). The heboid-paranoid group (dementia praecox). Clinical relations and nature, 541-561. — **Southard (E. E.).** Case of glioma of the frontal lobe, with invasion of the opposite hemisphere, 561-571. — **Coriat (Isador H.).** The mental disturbances of alcoholic neuritis, 571-615. — **Hitchcock (Charles W.).** A case of dementia praecox of medico-legal interest, 615-627. — **Farrar (Clarence B.).** Clinical psychiatry, clinical demonstrations, 627-643.

Journal of Nervous and Mental Disease (The). (1906, XXXIII, n° 5, mai).

Angell (E. B.). Hypesthesia and hypalgesia and their significance in functional nervous disturbances, 324-336. — **Alder Blumer (G.).** The coming of psychastenia, 336-353.

ITALIE

Annali di Necrologia. (1906, XXIV, fasc. 1.

De Sanctis (S.). Tipi e gradi d'insufficienza mentale, 21-45. — **Medea (E.).** I fenomeni nevritici negli alienati e i fenomeni psicopatici nelle nevriti, 46-75.

LIVRES REÇUS

Granier (Camille). *La femme criminelle.* 1 vol. de la Bibliothèque Biologique et Sociologique de la femme, in-18 avec 38 fig. dans le texte et une carte hors texte, 500 p. 1906, O. Doin, Paris, prix : 4 fr.

Antonini (G.). *Iprincipi fondamentali della Antropologia Criminale.* 1 vol. in-8, 167 p., 1906. Ulrico Hoepli, Milano, prix : L. 2.

Legrain. *L'évolution scientifique du Droit pénal. Eléments de Médecine mentale appliqués à l'étude du Droit (Cours professé à la Faculté de Droit en 1905),* 1 vol., in-8° avec tableaux et graphiques, 452 p., 1906, Rousseau, Paris, prix : 10 fr.

Société Genevoise de Patronage des aliénés. Assemblée générale constitutice du mercredi 9 mai 1906 à l'amphithéâtre de l'Athénée, 1 broch., 30 p., 1906, Genève.

Procedings of the American Medico-Psychological Association at the sixty-first annual meeting held in San Antonio, Texas, April 18-21, 1905, vol. 12. 1 vol. in-8° 384 p., 1905.

Wagner (Charles G.). *Twenty-seventh annual report of the managers of the Binghamton State Hospital at Binghamton. N. Y. to the State Commission in lunacy for the year ending September 30, 1905.* 1 broch., 71 p., 1906, Brandow printing company, Albany.

Mitchell (T. J.). Fitzgerald (J.). Newman (Léona). *Biennial report of the trustees and superintendent of the State insane Hospital of Mississippi from October 1, 1903, to October 1, 1905.* 1 broch., 85 p., 1906, Nashville, Tenn.

Granier (Camille). *La femme criminelle* (Doin, 1906. Voir ci-dessus). La première partie de cet ouvrage est consacrée à l'examen comparatif de la délinquance dans les deux sexes. Une carte et de nombreux diagrammes facilitent les conclusions à tirer des dernières statistiques dont l'auteur a fait usage pour ses démonstrations. La dernière partie contient les indications les plus minutieuses sur la répression de cette criminalité. Le contrôle des services pénitentiaires, qui fait partie des attributions de M. Granier, comme ses fonctions antérieures de chef de parquet, lui ont permis de signaler des différences dans l'exécution des condamnations que l'uniformité des textes de la loi pénale ne laisse pas toujours soupçonner. Une copieuse partie descriptive constitue une documentation toujours appréciée dans les études d'anthropologie. criminelle. Une classification originale a permis de grouper les divers exemples de criminalité féminine en tenant compte à la fois des données de la pathologie mentale et des théories sociologiques ; mais plusieurs tables, permettent de trouver facilement les renseignements historiques ou statistiques, les aperçus sociaux, les recherches pathologiques et les projets de réformes que contient ce volume. A. R.

Antonini (G.). *Les principes fondamentaux de l'Anthropologie criminelle* (voir ci-dessus). — Ce nouveau volume édité par la librairie Hœpli résume de façon synthétique et précise la théorie de Lombroso sur la criminalité.

La lecture en est spécialement recommandée aux juristes et aux magistrats qui veulent se faire une idée exacte des principes de la « *Scuola positiva di diritto penale* ». Le chapitre I traite des précurseurs de Lombroso ; le chapitre II de la théorie anthropologique du délit, phénomène biologique et atavique. Dans le chapitre III, l'auteur cherche à établir les principes qui doivent servir de guide aux médecins-légistes pour résoudre la question de la responsabilité en substituant les concepts de l'école lombrosienne à ceux de la punition ou de la vindicte sociale. Le chapitre IV traite du criminel aliéné.

Ant... s'est imposé la tâche de vulgariser pour le grand public la doctrine féconde à laquelle Lombroso a consacré son long et glorieux apostolat scientifique. A. R.

Supplément à la Revue de Psychiatrie. Août 1906.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE MENSUEL

DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

FRANCE

Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale. (1906, 4e série, v, mai).

Thoinot. Notes de pratique médico-légale. Les perversions du sens génital, 444-452.

Annales médico-psychologiques. (1906, LXe an., n° 1, Juillet-Août).

Lemos (Magalhaes). Perte de la vision mentale des objets (formes et couleurs) dans la mélancolie anxieuse, 5-32. — **Gimbal.** Les incendiaires (suite et fin), 32-45. — **Adam (A.).** Des établissements d'aliénés, d'idiots, et d'épileptiques. Du rôle du médecin dans ces établissements (*1er article*), 45-66.

Bulletin de l'Institut général psychologique. (1906, 6e an., n° 1, Janvier-Mars).

Ballet (Gilbert). La sorcellerie et les sorciers, 3-29. — **Piéron (H.).** Présentation d'un mémoire de M. Ch. Ferton sur l'instinct des hyménoptères, 29-40. Contribution à la psychologie des actinies, 40-61. — **Marie et Pelletier.** L'origine cœnesthésique des idées hypocondriaques microzoomaniaques, 61-74. — **Marie et de Ludre.** Le pouls cérébral et la catatonie, 74-76.

Bulletin général de thérapeutique. (1906, CLI).

Mathieu (Albert) et Dobrovici. La suggestion médicamenteuse à l'hôpital Andral. N° 23, 23 Juin, 878-895.

Bulletin médical (Le). (1906, 20e an.).

Bernheim. Pathogénie d'un cas d'hystérie liée à une tumeur cérébelleuse. N° 52, 4 Juillet, 603-604. — **Roubinovitch (Jacques).** Les enfants anormaux en France : nombre, modalités cliniques et assistance, n° 58, 25 Juillet, 673-677.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des Sciences. (1906, 1er semestre, CXLII).

Vaschide. Recherches sur les rapports des états émotifs et des états d'infection. N° 22, 28 Mai, 1227-1229.

Comptes rendus hebdomadaires des séances de la Société de Biologie. (1906, LX).

Féré (Ch.). Note sur un cas d'hypothermie. N° 24, 6 Juillet, 1128-1129.

Encéphale (L.). (1906, 1re an., n° 2, Mars-Avril).

Klippel (M.) et Lhermitte (J.). Des lésions de la moelle dans la démence précoce. (Une planche hors texte), 113-127. — **Sérieux (P.) et Capgras (J.).** Les symptômes du délire d'interprétation, 127-145. — **Deny (G.) et Renaud (M.).** Confusion hallucinatoire aiguë et insuffisance hépatique. (Deux planches hors texte), 145-152. — **Pascal.** Formes atypiques de la paralysie générale, 152-173. — **Régis (E.).** Poésie et paralysie générale 175-178. — N° 3, Mai-Juin. — **Sainton (P.).** Les troubles psychiques dans les altérations des glandes à sécrétion interne, 242-262. — **Régis (E.).** La poésie dans les maladies mentales, 262-282. — **Castin (P.).** Un nouveau traitement des escarres par le protargol, 282-284.

Iconographie de la Salpêtrière nouvelle (1906, 19e an., n° 3, Mai-Juin).

Roubinovitch. Iconographie de l'évolution d'un cas de maladie des tics. (2 planches), 289-293.

Journal de médecine légale psychiatrique et d'anthropologie criminelle. (1906, 1er an., n° 1, Février).

Régis (E.). La neurasthénie traumatique chez les artério-scléreux, 3-8. — **Sérieux** (Paul). Les établissements spéciaux pour aliénés criminels en Allemagne, 8-16. — **Jeanselme** (M.-E.). La sorcellerie en Extrême-Orient, 16-19. — **Dupré** (E.). Examen d'un aliéné criminel récidiviste, 19-27. — **Vallon** (Ch.). L'affaire Weber, 27-35. N° 2, Avril. — **Vallon** (Ch). Les réactions des persécutés, 49-68. — **Séglas** et **Vallon**. Affaire Célestin Bosc, 68-75. — **Pitre, Régis** et **Lande**. L'âge du discernement et l'affaire L... 75-86. N° 3, Juin. — **Régis** (E.). La condition des aliénés dans les Indes néerlandaises. (Législation et Assistance), 97-108. — **Truelle** et **Capgras**. Sur une dégénérée mystique dont l'internement a provoqué quelques incidents, 108-131.

Médecin praticien (Le). (1906).

Juquelier (P.). Les persécutés (considérations pratiques). N° 17, 20 Juillet, 286-288.

Presse Médicale (La). (1906).

Dejerine (J.). L'aphasie motrice, sa localisation et sa physiologie pathologique. N° 57, 18 Juillet, 453-457. — **Lassignardie**. (H.). Les hallucinations chez les *Rescapés* de Courrières. N° 37, 9 Mai, 291-292. — **Romme** (R). Deux nouvelles théories du sommeil, 292-293. — A propos de l'aphasie motrice. N° 60, 28 Juillet, 480. — **Létienne** (A.). De la sénilité (cerveau sénile). N° 61, 1er Août, 485-486.

Revue de médecine. (1906, 26e an., n° 7, 10 Juillet).

Marie. Les aliénés et la tuberculose (avec 5 fig.), 543-557. — **Féré**. Les antipathies physiques et morales dans les familles de dégénérés, 558-566.

Revue de métaphysique et de morale. (1906, 14e an., n° 4, Juillet).

Sully-Prudhomme. Psychologie du libre arbitre. 471-513.

Revue de philosophie. (1906, 6e an., n° 7, 1er Juillet).

Baron (E.). Le psychisme inférieur, 56-79.

Thèses de la Faculté de médecine de Paris. (1906).

Voulich. Etude sur les troubles psychiques dans les tumeurs cérébrales. (12 Juillet). — **Le Gras**. Troubles psychiques et forme mentale de la méningite tuberculeuse. (18 Juillet). — **Vallet**. Contribution à l'étude des rémissions dans la paralysie générale. (19 Juillet). — **Hocquet**. Des sorties provisoires à titre d'essai. Contribution à la thérapeutique des maladies mentales. (20 Juillet). — **Bodros**. De la prétendue démence des persécutés. — **Bagilet**. Rapports entre l'alcoolisme et l'aliénation mentale, dans le département de la Somme.

ALLEMAGNE

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. (1906, XXIX).

Stieda (Wilh). Ueber die Psychiatrie in Japan. N° 216, 1er Juillet, 514-522. Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie in München. (20 und, 21 Avril 1906). 522-535. — **Specht** (G.). Ueber Hystero-melancholie. N° 217, 15 Juillet, 545-557.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift (1906, achter jahrgang).

Grunau. Mängel in der preussischen Statistik über die Anstalten für Geisteskranke, epileptiker, idioten, schwachsinnige und nervenkranke

(der früheren Statistik über die Irrenanstalten). N° 14, 30 Juin, 131-133. — **Näcke (P.)**. Einige Punkte aus der Lehre der Sog. « moral insanity », 133-137. — **Neu**. Ueber die Anwendung künstlich erzeugter venöser Hyperämie des Gehirns bei Geisteskrankheiten. N° 15, 7 Juillet, 139-141. — **Grunau**. Mängel in der preussischen Statistik über die Anstalten für Geisteskranke, epileptiker, idioten, schwachsinnige und nervenkranke (der früheren Statistik über die Irrenanstalten). 143-144. **Siebold** (Karl), Statistischer Beitrag zur Aetiologie der Epilepsie. N° 16, 14 juillet, 147-150. **Hellpach** (Willy), Berufspsychosen. N° 17, 21 juillet, 155-157. **Siebold** (Karl), Statistischer Beitrag zur Aetiologie der Epilepsie, 157-160.

Psychologische Studien
(1906, II. band, 1. und 2 heft 22 Juin).

Büchner (Max) Uber das Ansteigen der Helligkeits-erregung. Mit 14 Figuren im text. 1-30. **Wirth** (Wilhelm) Die Klarheitsgrade der Regionen des Sehfeldes bei verschiedenen Verteilungen der Aufmerksamkeit. Mit 14 Figuren im Text. 30-89. **Reuther** (Fritz). Einige Bemerkungen über die Methoden und über gewisse Sätze der Gedächtnisforschung. Mit I figur im Text. 89-115. **Wundt** (W.) Kleine Mitteilungen : Ist Schwarz eine Empfindung ? 115-116. **Spearman** (C.) Einfluz der Bewegungsrichtung auf den Lokalisationsfehler. Mit 3 Figuren im Text. 119-121.

ANGLETERRE

Journal of Mental Science (The)
(1906, LII, N° 218, Juillet).

Shaw Bolton (Joseph), Amentia and dementia : a clinico-pathological study, 427-490. **Stoddart** (W. H. B.), On instinct : a psycho-physical study in evolution and dissolution, 491-5002 **Specht** (Wilhelm), The clinical measurement of fatigue. 517-570. **Baird** (Harvey), The pathology of four cases of epileptic idiocy, 571-577.

Mind (1906, N. S. XV, N° 59, Juillet).

Dewey (John), The experimental theory of knowledge. 293-308. **Mc Dougall** (W.), Physiological factors of the attention-process (IV.) (Conclusion). 329-360.

BELGIQUE

Bulletin de la Société de Médecine mentale de Belgique
(1906, N° 127, Juin).

Claus. La responsabilité médicale et l'assistance des aliénés. 143-217.

Journal de Neurologie (1906, 11e an.).

Morel (J.), Prophylaxie et traitement des criminels récidivistes. N° 12, 20 Juin, 221-239.

Boulenger. Quelques considérations sur l'écriture en miroir. Les troubles de l'orientation et son éducation. N° 13, 5 Juillet, 241-256.

ETATS-UNIS

Journal of Nervous and Mental Disease
(1906, XXXIII, N° 6, Juin),

Moleen (George A.), Subcortical cerebral gumma accurately localized in the comatose state ; death ; autopsy, 407-415. **Gordon** (Alfred), A further contribution to the study of the « paradoxic reflex ». 415-418.

(N° 7, Juillet) **Groszmann** (Waldemar Heinrich), The position of the atypical child. 425-447. **Patrick** (Hugh T.), Hereditary cerebellar ataxia. and general paresis; a supplementary report and a correction. 459-462.

Psychological Bulletin (The)
(1906, III, N° 6, 15 Juin).

Swift (Edgar James), Memory of skillful movements. 185-187. **Howard Crosby Warren**, The fundamental functions of consciousness. 217-228.

Psychological Review (The)
(1906, New Series, XIII, N° 4, Juillet).

Arnold. (Felix), The psychology of interest (I), 221-239. **Sidis** (Boris), Are there hypnotic hallucinations ?, 239-258. **Vicholkovska** (A.), Illusions of reversible perspective. 276-290.

HOLLANDE

Psychiatrische en Neurologische Bladen
(1906, N° 3, Mai-Juin).

Gorter. Het herinneringsbeeld. 155-179. **Van Der Kolk.** De differentiaaldiagnose der dementia paralytica met de zgn. alcoholische pseudoparalyse. 189-208.

SUISSE

Archiv für die Gesamte Psychologie
(1906, VII, band, 3, u, 4, heft, 26 Juin).

Hellpach (Willy), Grundgedanken zur wissenschaftslehre der psychopathologie. I. Der gegenstand der psychopathologie. 143-226. **Abb** (Edmund), Kritik des kantschen apriorismus vom standpunkte des reinen empirismus aus unter besonderer berücksichtigung von J. St. Mill und Mach. 227-302. **Baird** (J. W.), (Johns Hopkins University, Baltimore, Md. U. S. A.), Erwiderung. 303-305. **Kirschmann** (A.), Bemerkungen zu vorstehender erwiderung. 306-309. **Benussi** (Vittorio). Die psychologie in Italien. 141-180. **Vierkandt** (A.), Jahresbericht über die literatur zur kulturund gesellschaftslehre für die jahre 1904 und 1905. 181-258.

Extraits

Ziehen (Theodor). *Die differentialdiagnose der melancholie und der dementia hebephrenica namentlich bei soldaten.* 1 broch., 23 p., (sonderabdruck aus : V. Leuthold-Gedenkschrift. II. Bd.) 1906.

LIVRES REÇUS

FRANCE

Masselon (René). *La Mélancolie*, 1 vol. in-8°, 284 p., 1906, Alcan, Paris, prix : 4 fr.

Rueff (Ad.), *Les aliénés à l'infirmerie spéciale près le dépôt de la Préfecture de Police.* 1 vol. in-8°, 63 p., 1906, Victorion, 5, rue Dupuytren, Paris, prix : 1 fr.

Robinovitch (Louise G.), *Sommeil électrique (Inhibition des mouvements volontaires et de la sensibilité) par des courants électriques de basse tension et à interruptions modérément fréquentes. Epilepsie électrique et électrocution.* 1 broch., avec fig., 98 p., 1906, Dugas, Nantes.

CANADA

British Medical Association, Seventy fourth annual meeting, Preliminary programme, Toronto. August 21 to 25 1906. 1 broch. avec grav., 45 p., 1906, Toronto.

ETATS-UNIS

State charities aid association of New York. First report of the sub committee on aftercare of the insane, February 9, 1906, with postscript of April 20 th. 1 broch., 23 p., 1906, New York City.

Supplément à la Revue de Psychiatrie. Septembre 1906

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE MENSUEL

DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

FRANCE

Bulletin Médical (Le). 1906, XXe an.).

Léri. Le cerveau sénile, n° 62, 8 août, 721-724, XVIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. (Lille, 1er au 7 août 1906) (suite). Etude cytologique, bactériologique et expérimentale du sang chez les aliénés, 724-725.

Caducée (Le). (1906, VIe an.).

Roussel et **Lesnés.** Deux observations d'hystérie chez des soldats (hystéro-traumatisme. Vagabondage impulsif). N° 15, 4 août, 203-204.

Encéphale (L'). (1906, 1re an., n° 4, juillet-août).

Antheaume (A.) et **Mignot (Roger).** Remarques sur la stéréotypie graphique (avec 11 fig. dans le texte), 333-359. — **Klippel (M.).** Encéphalite avec confusion mentale primitive (avec 3 planches hors texte), 359-372. — **Pailhas (B.).** Dédoublement de la personnalité par altérations sensorielles d'origine périphérique, 373-377. — **Sainton (P.).** Les troubles psychiques dans les altérations des glandes à sécrétation interne, 377-396. — **Parrot (L.).** Poésies d'un persécuté, 396-401.

Presse Médicale (La). (1906).

Voisin (Jules) et **Voisin (Roger).** Emploi du bromure de potassium dans l'épilepsie. N° 68, 25. Août, 541-542.

Progrès Médical (Le). (1906, 3e série, XXII).

Terrien. Des phobies, n° 32, 11 août, 497-501.

Revue de l'Ecole d'Anthropologie. (1906, 16e an., VII, juillet).

Thulié (H.). Le terrain mystique, 217-227.

Revue de Médecine. (1906, XXVIe an., n° 7, 10 juillet),

Marie. Les aliénés et la tuberculose (avec 5 fig.), 543-557. — **Féré.** Les antipathies physiques et morales dans les familles de dégénérés, 558-566.

Revue Neurologique. (1906, XIVe an.).

Parhon (C.). Un cas de mélancolie avec hypertrophie thyroïdienne succédant à la ménopause. N° 14, 30 juillet, 640-645. — **Lévi-Bianchini.** Observation sur les tableaux cliniques de paranoïa et démence paranoïde, 645-647. — **Raymond** et **Lejonne.** Astasie-abasie fonctionnelle avec association de phénomènes organiques. N° 12, 30 juin, 564-567, Soc. de Neurologie, séance du 7 juin 1906. — **Egger** et **Lejonne.** Hémianesthésie d'origine corticale probable, 571-573. — **Noica (M.).** Sur deux cas de perte du sens stéréognostique à topographie nerveuse, 592-593. — **Haskovec (Lad.).** Cas particulier d'infantilisme du langage chez une femme de 58 ans après une attaque d'aphasie motrice, 593-595. — **Dejerine.** Considérations sur la soi-disant « aphasie tactile ». N° 13, 15 juillet, 597-602.

Revue Philosophique. (1906, XXXIe an., n° 7, juillet.)

Duprat (**G.-L.**). Contre l'intellectualisme en psychologie, 53-63. (N° 8, août). — **Rœrich**. L'attention spontanée dans la vie ordinaire et ses applications pratiques, 136-159.

Semaine Médicale (La). (1906, 26e an.).

Du sang chez les aliénés. Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes (16e session ténue à Lille du 1er au 7 août 1906). N° 32, 8 août, 373-374. Le cerveau sénile, 374-376. La responsabilité des hystériques, 376-378. Rapports du traumatisme et de la paralysie générale, 378. Deux cas de tumeurs du corps calleux avec autopsie, 378. La tuberculose chez les épileptiques hospitalisés, 379. Valeur pronostique de la lympho-polynucléose rachidienne dans le syndrome de Landry, 379. Origine périphérique du spasme facial, 379. Sur la présence de la choline dans le sang au cours des maladies du système nerveux, 379. Syndrome associé de paralysie faciale gauche et de spasme facial droit, d'origine intra-crânienne, 379.

ALLEMAGNE

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. (1906, XXIX).

Urstein (**M.**). Ein Beitrag zur vergleichenden Psychiatrie. N° 219, 15 août, 629-637.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, (1906, achter jahrgang).

Bresler. Beitrag zur symptomatologie des « petit mal ». N° 21, 18 août, 187-188. — **Hoppe** (**H.**). Zur Behandlung der Alkoholdelicte, 188-189. — **Hellpach** (**Willy**). Berufspsychosen. N° 18, 28 juillet, 163-164. — **Siebold** (**Karl**). Statistischer Beitrag zur Ætiologie der Epilepsie, 165-168. — **Hellpach** (**Willy**). Berufspsychosen. N° 19, 4 août, 171-173. — **Heyn** (**Fr.**). Statistischer Beitrag zur Ætiologie der idiotie, 173-176.

Psychologische Studien. (1906, II. band, 3. und 4. heft, 14 août).

Arwed Pfeifer (**Richard**). Über tiefenlokalisation von Doppelbidern, 129-205.

BELGIQUE

Journal de Neurologie (1906, XIe an.).

Boulenger. Quelques considérations sur l'écriture en miroir. Les troubles de l'orientation et son éducation (suite). N° 14, 20 juillet, 261-271.

ETATS-UNIS

American Journal of Psychologie (The). (1906, XVII, n° 3, juillet).

Bentley (**I. Madison**). The psychology of organic movements, 293-306. — **Hayes** (**Samuel Perkins**). A study of the affective qualities, 358-394.

ITALIE

Manicomio (Il) (1906, XXII, N° 1).

Angiolella. Genio e criminalità, 1-15. — **Angiolella**. I germi etnici e psicologici della camorra e del brigantaggio (Appunti), 47-78. **Del Greco**. Il carattere criminale (Saggio), 78-90. **Del Greco**. Sul trattamento morale dei delinquenti pazzi (Nota), 90-94.

Rivista di Patologia nervosa e mentale (1906, XI, fasc. 5, Mai).

Merzbacher (L.), Sull'importanza diagnostica della puntura lombare nella psichiatria e nevrologia. 193-207. **Ohannessian** (B.), La velocità nella scrittura. 207-218. **Catola** (G.), A proposito della patogenesi della paralisi progressiva e dello spirochaete pallida di Schaudinn-Hauffmann. 218-222.

Rivista Sperimentale di Freniatria (1906, XXXII, fasc. 1 et 2, 1er Juin).

Pellizzi. Paraplegia spasmodica famigliare e demenza precoce (Clinica psychiatrica della R. Università di Sassari), 1-26. **De-Sanctis**. Gli infantilismi (R. Università di Roma) *(con 8 figure) (continuazione e fine)*, 26 79. **D'Ormea**. Il potere riduttore delle urine nei dementi precoci (Manicomio provinciale di Udine), 79-99. **Besta**. Sopra la degenerazione e rigenerazione (in seguito al taglio) delle fibre nervose periferiche (Istituto psichiatrico di Reggio-Emilia) *(Tav. I.)*, 99-133. **Ceni**. Di un caso di amielia sperimentale (Istituto psichiatrico di Reggio-Emilia *(Tav. II.)* 133-141. **De Sanctis**. Sopra alcune varietà della demenza precoce (R. Università di Roma) 141-166. **Volpi-Ghirardini**. Sopra un caso di tumore comprimente la metà destra del ponte di Varolio (Manicomio di Mantova) *(Con una figura)* 166-184. **Ceni**. Sul ciclo biologico dei penicilli verdi in rapporto colla endemia pellagrosa e con speciale riguardo alla loro attività tossica nelle varie stagioni dell'anno (Istituto psichiatrico di Reggio-Emilia) *(Tav. III.)* 184-212. **Gemelli**. Contributo alla conoscenza della strutturra delle cellule nervose *(Tav. IV.)* 212-225. **Lugiato** e **Ohannessian**. La pressione sanguigna nei malati di mente (Clinica psichiatrica della R. Università di Padova) 225-258. **Morselli** e **Pastore**. Le modificazioni qualitative e quantitive delle cellule cosinofile nel sangue degli epilettici (Clinica psichiatrica e neuropatologica della R. Università di Genova) *(con 8 figure)* 258-280. **Forli**. Sulla polineurise reumatica dei nervi cranici (Clinica Psichiatrica di Roma) 280-291. **Ricci**. Studio critico sopra 393 casi di epilessia (Laboratorio anatomo-patologico del Manicomio di Roma. 291-306. **Besta**. Ricerche sopra la pressione sanguigna, il polso e la temperatura degli epilettici (Istituto psichiatrico di Reggio-Emilia) 306-325. **Medea**. Contributo allo studio delle fini alterazioni della fibra nervosa (fenomeni de-e rigenerativi) nella neurite parenchimatosa degenerativa sperimentale (Laboratorio di Istologia e Patologia generale della R. Università di Pavia *(Tav. V.)* 325-355. **Pighini**. Il ricambio organico nella demenza precoce (Istituto psichiatrico di Reggio-Emilia) 355-373. **Donaggio**. Effetti dell'azione combinata del digiuno e del freddo sui centri nervosi di mammiferi adulti (Clinica psichiatrica e neuropatologica dell'Università di Modena presso l'Istituto psichiatrico di Reggio-Emilia) *(Tav. VI.)* 373-394. Procedimento supplementare dei metodi alla piridina per la rapida differenziazione del reticolo fibrillare negli elementi nervose (Clinica psichiatrica e neuropatologica dell'Università di Modena presso l'Istituto psichiatrico di Reggio-Emilia) 394-400.

Annali di Freniatria. (1906, XVI, fasc. 2, juin).

Burzio (Francesco). Idiozia ed atetosi doppia, 97-116. — **Falciola (M.)**. L'accrescimento ungueale nella frenosi maniaco-depressiva, 117-152. — **Margaria (Giuseppe)**, Studio clinico-statistico sui morti per paralisi generale progressiva, 177-190.

Rivista di Patologia nervosa e mentale (1906, XI, fasc. 6, juin).

Rebizzi (R.). La cause tossica in alcune malattie mentali. Nuovo metodo di saggio, 241-266. — **Bonfigli (R.).** Contributo clinico ed anatomo-patologico allo studio dell'afasia, 266-272.

RÉPUBLIQUE ARGENTINE

Archivos de Pedagogia y ciencias afines (1906, I, n° 1, juin).

Universidad nacional de La Plata. Su organizacion. Personal directivo y docente, 1-20. — **Seccion pedagogica.** Plan de estudios y programas, 20-23. — **Rivarola (R.).** Programa de derecho penal Argentino, 24-25. — **Mercante (V.).** Antropologia : investigaciones craneométricas en las escuelas nacionales de La Plata, 41-78. — **Senet (Rodolfo).** La intensidad de las percepciones en los ninos, 80-91. — **Ramon y Cajal (S.).** Morfologia de la célula nerviosa, 92-106. — **Ingegnieros (José).** Psicologia del exito, 107-108.

Extraits

Etchepare (Bernardo). *Psicosis infantil.* 1 broch., 7 p., extr. de la « Revista médica del Uruguay ». N° 7, juillet 1905, Montevideo.

Ohannessian (B.). *La velocità nella scrittura.* 1 broch., avec fig., 12 p., extr. de la « Rivista di patologia nervosa e mentale », XI, fasc. 5, 1906, Clinica di S. Salvi, Firenze.

LIVRES REÇUS

Pagès (Louis). *Contribution à l'étude des alcools et de leurs rapports avec la folie dans le département de la Charente.* 1. broch., 90 p., 1906, Bordeaux.

Anglade. *Asile public d'aliénées de Bordeaux. Rapport médical pour l'année 1905.* 1 br., 80 p., 1906, Bordeaux.

Scott (Walter, G.), Cowan (John), Cheyne (John), Fraser (John), Macpherson (John) et **Spence (T. W. L.).** *Forty-eighth annual report of the general board of commissioners in lunacy for Scotland.* 1 broch., 176 p., 1906, Glasgow.

Supplément à la Revue de Psychiatrie. Octobre 1906

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE MENSUEL

DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

FRANCE

Annales Médico-Psychologiques (1906, 9e série, IV, n° 2, Septembre-Octobre).

Ritti (Ant.). Eloge de Jules Falret, 177-226.

Rocha de (Franco). La psychose maniaque dépressive, 250-263.

Adam (A). Des établissements d'aliénés, d'idiots et d'épileptiques. Du rôle du médecin dans ces établissements (suite), 263-272.

Wahl (Lucien) et **Rollet (Maurice)**. La phraséologie chez certains dégénérés.— *Société Médico-Psychologique*, Séance du 23 juillet 1906 (298-309).

Doutrebente (G.) et **Marchand (L)**. Un cas de délire chronique à forme mégalomaniaque avec autopsie, *id.* 310-314.

Archives de Neurologie (1906, 2e série, XXII, n° 128, août).

Rodiet, Dubos, Pansier. Les symptômes oculaires de la paralysie générale, 90-101.

Bulletin général de Thérapeutique (1906, CLII).

Laumonier (J.). L'inversion sexuelle, son traitement, 7e livraison, 23 août, 250-268.

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris. (1906, 3e série, 23e année).

Voisin (J.), **Voisin (R.)** et **Laignel-Lavastine**. Autopsie de deux cas de démence épileptique, paralytique et spasmodique, à l'époque de la puberté. N° 24, 12 Juillet, 744-752.

Comptes Rendus hebdomadaires des séances de la Société de Biologie, (1906, LXI).

Féré (Ch.). L'influence de l'économie de l'effort sur les qualités du travail, n° 27, 3 août, 152-153.

Gazette des Hôpitaux (1906, 79e année).

Marchand (L.) et **Olivier (M.)**. Diabète et troubles mentaux, n° 101, 6 septembre, 1203-1206.

Iconographie de la Salpêtrière (Nlle) (1906, 19e an., n° 4, Juillet Août).

Ingegnieros. Les aphasies musicales, 362-383.

Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques (1906, LXXVII).

Art. 21-298. Rapports de l'alcoolisme et de la folie en Charente, 16e cahier, 25 août 1906, 622-623.

Art. 21-300. La mythomanie, 623-625.

Journal de Médecine Légale Psychiatrique et d'Anthropologie criminelle (1906, 1re année, n° 4, Août).

Jeanselme (M.-E.). La Médecine légale en Extrême-Orient, 145-149.

Sérieux (Paul). Les établissements spéciaux pour aliénés criminels en Allemagne (suite et fin) 149-162.

Pitres, Régis, Anglade. Amnésie et délire de persécution simulées, 162-176.

Journal de Psychologie normale et pathologique, (1906, 3e année, n° 5, Septembre-Octobre).

Bechterew (W.). La personnalité, 385-419.

Grasset (J.). La responsabilité atténuée, 420-450.

Progrès Médical (Le) (1906, 3e Série, XXII).

Lemoine. Traitement de certains cas de neurasthénie par le fer, n° 36, 8 septembre, 561-562.

Revue Scientifique (1906, 5e série, VI).

Grasset (J.). L'Unité de la Neurobiologie humaine, n° 5, 4 août, 129-136.

Thèses de la Faculté de Médecine de Bordeaux (1906).

Denis. Contribution à l'étude clinique du Véronal. **Bonnet**. Contribution à l'étude des cellules de Purkinje dans l'évolution de la paralysie rabique expérimentale. **Meignié**. Contribution à l'étude des psychoses d'insolation. **Cassaigne**. La paralysie générale en Charente. Considérations statistiques et étiologiques. Ses rapports avec l'alcoolisme. **Pagès**. Contribution à l'étude des alcools et de leurs rapports avec la folie dans le département de la Charente. **Ducuron-Tucot**. L'alcoolisme en Armagnac. Contribution à l'étude du rôle du vin naturel et de son alcool dans la genèse de la folie alcoolique. **Massonnet**. De l'écriture en miroir. Recherches expérimentales chez les aliénés.

Thèses de la Faculté de Médecine de Nancy, 1906.

Cazin. Etude médico-légale sur la valeur du témoignage du vieillard. **Jolicœur**. L'idée de persécution stigmate de dégénérescence ; signification étiologique et pronostique de l'idée de persécution.

ALLEMAGNE

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. (1906, XXIX).

Reichardt (M.). Ueber Knochenveränderungen bei progressiver Paralyse n° 221, 15 Septembre, 705-716.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, (1906, Achter Jahrgang).

Jentsch (Ernst). Zur Psychologie des Unheimlichen, n° 22, 25 Août 195-198. Zur Psychologie des Unheimlichen, n° 23, 1er Septembre, 203-205. **Antonini (Giuseppe)**, L'assistance des aliénés et les asiles d'aliénés en Italie, n° 24, 8 Septembre, 211-213. **Grohmann (A.)**, Neues über die vegetarier Ansiedelung in Ascona, 213-216. **Antonini (Giuseppe)**, L'assistance des aliénés et les asiles d'aliénés en Italie, n° 25, 15 Septembre, 220-223. **Grohmann (A.)**, Neues über die Vegetarier-Ansiedelung in Ascona, 223-224. Chiarugi, n° 26, 22 Septembre, 227-230.

ANGLETERRE

British Journal of Psychology (The) (1906, II, Part 1, Juillet).

Stout (G.-F.). The Nature of Conation and Mental Activity, 1-16. **Smith (W.-G.)**, A Study of some Correlations of the Muller-Lyer Visual Illusion and allied Phenomena (2 figures), 16-52. **Winch (W.-H.)**, Immediate Menory in School Children No II Auditory, 52-58. **Edgell (Beatrice)** and **Symes (W. Legge)**. The Wheatstone-Hipp Chronoscope. Its Adjustments Accuracy and Control. (2 figures), 58-89. **Spearman (C.)**, Footrule for measuring Correlation (1 figure) 89-199.

BELGIQUE

Journal de Neurologie (1906, 11e an.).

Mattirolo. Observation d'une forme rare de pseudoesthésie, n° 15, 5 Août, 281-285.

ETATS-UNIS

American Journal of Insanity (The) (1906, LXIII, n° 1, Juillet).

Burr (C.-B.), Presidential address: The physician as a character in fiction, 1-27. **Woodworth (R.-S.)**, Psychiatry and Experimental Psychology, 27-39. **Jones (Robert)**, Mental dégradation the Result of Alcohol, 39-55. **Ricksher (Charles)**, A Review of the Mental Symptom accompanying Apoplexy 55-69. **Farrar (Clarence-B.)**, Cerebral Topography at the Section Table 69-75. **Farrar (Clarence-B.)**, Clinical Psychiatry: Clinical Demonstrations, 75-85.

Psychological Bulletin (The) (1906, III, n° 8, 15 Août).

Baird (J. W.). The contraction of the color zones in hysteria and in neurasthenia, 249-255. **Meyer (Adolf)**, The relation of emotional and intellectual functions in paranoia and in obsessions, 255-274. **Hughes Percy)**, The term ego and the term self, n° 9, 15 Septembre, 289-292.

Psychological Review (The) (1906, XIII, n° 5, Septembre).

Arnold (Félix). The Psychology of Interest (II), 291-316. **Kuhlmann (F.)**, On the Analysis of the Memory Consciousness, 316-349.

ITALIE

Annali di Neurologia (1906, XXIV, fasc. II-III).

Medea (E.). I fenomeni nevritici negli alienati e i fenomeni psicopatici nelle nevriti *(continuazione et fine)*, 113-128. **Bianchi (L.)**, L'alcool e le malattie del sistema nervoso 129-148. **Ciaccio (C.)**. Sulla fina struttura degli elementi del simpatico periferico 159-164. **Rossi (E.)**. Nota di anatomia patologica del sistema nervoso centrale in un caso di demenza paralitica 171-180. **Casillo (N.)**, Il fenomeno di Babinski nelle malatti mentali 181-192. **Saporito (F.)**, Di alcune tendeze della psichiatria contemporanea, in Italia ed in Françia, a proposito di una récente publicazione, 192-203.

Rivista di Patologia nervose e mentale (1906, XI, fasc. 7, Juillet).

Pagano (G.). Le funzioni del nucleo caudato. Contributo alla psicofisiologia delle emozioni e all'innervazione centrale degli organi genitali, 289-319. **Gemelli (A.)**, Ricerche sperimentali sullo sviluppo dei nervi degli arti pelvici di « Bufo vulgaris » innestati in sede anomala. Contributo allo studio della rigenerazione autogena dei nervi periferici, 328-332.

EXTRAITS

FRANCE

Cullerre (A.). *Troubles mentaux dans la sclérose latérale amyotrophique*, 1 broch., 20 p., extr. des « Archives de Neurologie », Juin 1906, Progrès médical, Paris.

Lemos (Magalhaes). *Infantilisme et dégénérescence psychique. Influence de l'hérédité neuro-pathologique*, 1 broch., avec gravures, 26 p., extr.

de la Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, n° 1, Janvier-Février 1906, Masson, Editeur, Paris.

Marchand (L.) et **Olivier (M)**. *Un cas d'état de mal épileptique avec conservation de la conscience*, 1 broch. 4 p., extr. des « Annales médico-chirurgicales du centre, Août 1906.

ALLEMAGNE

Ziehen (Th.). *Organische peripherische und hysterische Fazialislähmung*, 1 broch., avec fig., 9 p., extr. de « Medizinischen Klinik » 1906, n° 25, Urban et Schwarzenberg, Berlin.

AMÉRIQUE

Etchepare (Bernardo). *Puerilismo mental*, 1 broch. avec grav., 9 p., extr. de « Revista médica del Uruguay » año IX, n° 4, Avril 1906, Montevideo.

ITALIE

Muggia (G.) et **Ohannessian (B.)**. *Azione del radio sull' eccitabilità ellettrica dei muscoli*, 1 broch., 6 p., extr. de la « Riforma Medica », anno XXII, n° 28, 1906, Napoli.

Morselli (Enrico). *Cesare Lombroso e la filosofia scientifica*, 1 broch., 30 p., extr. du volume : « L'opera di Cesare Lombroso nella Scienza e nelle sue applicazioni » edito dai Fr. Bocca in occasione del Congresso di Antropologia criminale tenuto in Torino (aprile-maggio 1906), 1906. Torino.

LIVRES REÇUS

Blondel (Charles). *Les auto-mutilateurs. Etude psycho-pathologique et médico-légale*. 1 vol. in-8°, 132 p., 1906, J. Rousset, Paris. Prix : 3 francs.

Bourdin (V.). *Département de la Sarthe. Asile des aliénés. Rapport Médical. Année 1905*. 1 broch., 53 p., 1906, Le Mans.

Hanford (Peter Oliver), **Hall (Henry C.)** et **Hosman (E. B.)**. *Annual report of the departement of public health*. 1 broch. 35 p., 1905, Colorado Springs, Colorado.

Supplément à la Revue de Psychiatrie. Novembre 1906

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE MENSUEL

DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

FRANCE

Archives de Neurologie (1906, XXII, 2e série, n° 129, Septembre).

Voisin (J.), **Voisin** (R.) et **Rendu** (J.). Nouvelles recherches sur le traitement de l'épilepsie par la bromuration avec ou sans déchloruration, 161-170. **Rémond et Lagriffe** (L.). Délire de persécution à base de fausse interprétation et délire alcoolique, 176-191.

Bulletin de l'Institut général psychologique (1906, 6e an., n° 2, Avril-Juin).

Franck (**François**). Les expressions extérieures et profondes des émotions chez l'homme et les animaux, 83-95. **Billard**. Une simple observation de l'amour du jeu chez un chien, 95-98. **Piéron** (H.). Contribution à l'étude des rapports éthologiques des Crabes et des Actinies, 98-104. **Baron**. De l'autodidaxie comparée, 104-115. **Bohn** (G.). L'individualité psychique chez les vers, les échinodermes et les insectes, 115-127. **Lécaillon**. Les instincts et le psychisme des araignées, 127-146. **Piéron**. Les réactions de l'actinia equina. 146-171.

Bulletin et Mémoire de la Société médicale des hôpitaux de Paris (1906, 3e s., 23e an.).

Souques (**A.**). Aphasie motrice sans lésion de la troisième circonvolution frontale, 971-977 (25 Octobre, n° 29). **Dufour** (**Henri**). Comment doser les troubles intellectuels de l'aphasie? Observation de Vierge, 977-980.

Bulletin général de thérapeutique (1906, 75e an., t. CLII).

Robin (**Albert**). Traitement d'un cas type d'hypersthénie gastrique chez un épileptique (30 Octobre), 597-609.

Bulletin médical (Le) (1906, 20e an.).

Robin (**Albert**). — Hypersthénie gastrique et épilepsie, n° 85, 27 Octobre, 945-948.

C. R. hebd. des séances de la Société de biologie (1906, LXI).

Féré (**Ch.**). Contribution à l'étude expérimentale de l'esthétique. — Sur le sentiment agréable produit par la vue de formes géométriques simples, n° 28, 19 Octobre, 269-271. **Féré** (**Ch**). Deuxième note sur la durée de l'éducabilité, n° 29, 26 Octobre, 290.

Encéphale (L') (1906, 1re an., n° 5, Septembre-Octobre).

Ballet (**Gilbert**) et **Laignel-Lavastine**. Nouvelles observations sur la valeur des lésions corticales dans les psychoses d'origine toxique, 437-452. **Dupré** (**E.**) et **Camus** (**Paul**). Euphorie délirante des phtisiques. Hétérotopie médullaire, 452-458.

Progrès médical (Le) (1906, 3e série, XXII).

Jourdan. Syphilis et paralysie générale, n° 38, 22 septembre, 593-596. **Bourneville**. Ce que deviennent les hystériques : 1° Estelle Le... (1873-1906), n° 39, 29 septembre, 611.

Recueil d'Ophtalmologie (1906, 3e s. 28e an., n° 8, Août)

Polliot. Stéréoscopie, pseudoscopie, sensation visuelle du relief 449-467. **De Micas**. L'œil dans la mort. Etude de médecine légale oculaire 467-478.

Revue de l'Ecole d'Anthropologie (1906, VIII, Août).

Rabaud (E.). Anomalie de la deuxième circonvolution pariétale (avec 1 fig.), 291-293.

Revue de Médecine (1906, 26e an., n° 10, 10 Octobre).

Raviart (G.), Privat de Fortunié (J.) et Lorthiois (M.). Symptômes oculaires de la paralysie générale, leur valeur diagnostique aux diverses périodes de cette affection (à suivre), 769-795.

Revue de Médecine légale (1906, 13e an., n° 10, Octobre).

Dabout (E.). L'hystéro-traumatisme et la prédisposition individuelle. 291-308.

Revue Neurologique (1906, XIVe an.).

Claparède (Ed.). Agnosie et asymbolie à propos d'un soi-disant cas d'aphasie tactile, n° 17, 15 Septembre, 803-805. **Ciaccio (Carmelo).** Sur la reproduction des cellules nerveuses, n° 19, 15 Octobre, 876-879.

Revue de Philosophie (1906, 6e an., n° 10, 1er Octobre).

Vaschide (N.) et Meunier (R.). La mémoire des rêves et la mémoire dans les rêves. 359-373.

Semaine Médicale (La) (1906, 26e an.).

Marie (Pierre). Révision de la question de l'aphasie ; que faut-il penser des aphasies sous-corticales (aphasies pures) ? N° 42, 17 Octobre, 493-500.

Tribune Médicale (La) (1906, 39e an.).

Lévy (Henri). Les délires de zoopathie interne. N° 37, 29 septembre, 581-583.

ALLEMAGNE

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie (1906, LXIII, band 5, heft, 9 Octobre).

Dreyfus (J. Georg). Welche Rolle spielt die Endogenese in der Ætiologie der progressiven Paralyse ? 627-665. **Lapinsky (Michael).** Uber Psychosen nach Augenoperationen, 665-691. **Tomaschny.** Uber alkoholversuche bei Beurteilung zweifelhafter Geisteszustände, 691-706. **Vogt (Heinrich).** Fälle von familiärer Mikrokephalie, 706-714. **Schroder (P.).** Beitrag zur Lehre von den intoxikations Psychosen, 714-725. **Volland.** Geburtsstörungen und Epilepsie, 725-735.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie (1906, XXIX, Jahrgang).

Piersdorff (Karl). Ueber Stereotypieen im manisch.depressiven Irresein. N° 222, 1er Octobre, 745-764. **Dreyfus (Georges).** Ein Beitrage zur Kenntnis des hysterischen Irreseins. N° 223, 15 Octobre, 785-805. **Möbius (P. J.).** Brief über Robert Schumann's Krankeit an. 805-810.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift (1906, Achter Jahrgang).

Zingerle (H.). Beitrag zur forensischen Bedeutung von Erinnerungsfälschungen. N° 27, 29 Septembre, 235-241. **Zingerle (H.).** Beitrag zur forensischen Bedeutung von Erinnerungsfälschungen. N° 28, 6 Octobre, 243-247. Amtliche Nachweisung über die forensische Thätigkeit der Irrenanstalten in Preussen, 1904 et 1905, 248-250. **Stransky (Erwin).** Zur Erziehung und Organisation des Irrenpflegepersonals. N° 29, 13 Octobre, 251-253. **Zingerle (H.),** Beitrag zur forensischen Bedetung von Erinnerungsfälschungen, 253-255. **Stransky (Erwin).** Zur Erziehung und Organisation des Irrenpflegepersonals. N° 30, 20 Octobre, 263-267. **Zingerle (H.).** Beigtrag zur forensischen Bedeutung von Erinnerungsfälschungen,

267-270. **Stransky (Erwin).** Zur Erziehung und organisation des Irrenpflegepersonals. N° 31, 27 october, 274-278. **Zingerle (H.).** Beitrag zur forensischen Bedeutung von Erinnerungsfälschungen, 278-280.

ANGLETERRE

Journal of Mental Science (The) (1906, LII, n° 219, October).

Jones (Robert). The Evolution of Insanity, 629-661. **Bevan Lewis.** The Neuron Theory-Fatigue, Rest, and Sleep, 661-673. **Mott (F. W.).** Alcohol and Insanity. The Effects of Alcohol on the Body and Mind as shown by Asylum and Hospital Experience in the Wards and post-mortem Room, 673-711. **Shaw Bolton (Joseph).** Amentia and Dementia : a clinico-pathological Study, 711-745. **William W. Ireland.** On the Psychology of the crusades, 745-756. **Nolan (M. J.).** The Possibility of the Limitation of Lunacy by législation, 756-766. **Easterbrook.** Isanity and Indicanuria (Indoxyluria). A Note of Criticism, 766-776.

Occasional Notes : Anarchism and the Treatment of Criminal Anarchists. Private Asylums. A Problem in Heredity, 783-787.

Mind (1906, N. S. XV, n° 60, Octobre).

Bradley (F. H.). On floating ideas and the imaginary, 445-473. **Foston (H.).** The constitution of thought, 486-504. **Mac Coll (Hugh),** Symbolic reasoning, 504-519.

BELGIQUE

Bulletin de la Société de Médecine mentale de Belgique (1906, n° 128, Août).

Deroubaix (A.). Des symptômes médullaires de la démence précoce, 243-253.

Journal de Neurologie (1906, 11e an.).

IIe Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie, Bruxelles, 29 au 31 Août 1906. N°s 16, 17, 18, 19, 20 Août, 5 et 20 Septembre, 5 Octobre, 301-528. **Marchand (L.).** Stéréotopie graphique chez un dément précoce. N° 20, 20 Octobre, 529-539.

ETATS-UNIS

Journal of Mental Pathology (The) (1906, VII, n° 5).

Cerletti (Ugo) et Ferusini (G.). A cretin dog and its thyroid apparatus, 209-227. **Robinovitch (Louise G.).** The genesis of genius, 228-248.

Journal of Nervous and Mental Disease (The) (1906, XXXIII, n° 9, Septembre).

Sohier Bryant (W.). The great psychical importance of ear disease, 553-565. **Amberg (Emil).** Ear affections and mental disturbances, 566-576. (N° 10, Octobre). Ear affections and mental disturbances, 651-666.

Psychological Bulletin (The) (1906, III, October, n° 10).

Heath Bawden. Methodological Implications of the Mind and Body Controversy, 321-349.

ITALIE

Annali di Freniatria e Scienze affini (1906, XVI, n° 3, Settembre).

Burzio (Francesco). Idiozia ed Atetosi doppia (Studi clinici ed anatomo-patologici), 217-238. **Burzio (Francesco).** Ricerche antropologiche sul cretinismo (Communicazione preventiva al VI Congresso internazionale di Antropologia criminale), 238-276. **Audenino (E.).** Una nuova disposizione

strumentale per la presentazione dei « tests mentali » negli esami mnemometrici, 300-302.

Manicomio (Il) (Anno XXII, 1906, n° 2).

Del Greco. L'Io sublimiale del Myers e la psicologia contemporanea Saggio, 149-163. **Lener.** Sulla origine emotiva delle malattie della volontà, 163-178. **Rossi.** Sullo stato mentale di Ottavio Silva. Parere freniatrico in causa d'interdizione, 178-186. **Mennella.** Neurastenia e auto-intossicazioni, 209-232. **Oliva.** Nota e critica di tecnica manicomiale, 276-281.

Rivista di Patologia nervosa e mentale (1906, XI, fasc. 8, Août).

Bolognesi (G.). Gliosi cerebrale tuberosa subependimale in soggetto melanconico, 348-354.

SUISSE

Archic für die Gesamte Psychologie (1906, VIII, band, 1 et 2 helft, 4 Septembre).

Messer (August) Experimentell-psychologische Untersuchungen über das Denken, 1-225. **Dür (E.).** Bericht über den zweiten, vom 18 bis, 21 Avril 1906, in Würzburg abgehaltenen Kongress für experimentelle Psychologie, 225-240.

THÈSES

Massonnet (Fréd.). *De l'écriture en miroir. (Recherches expérimentales chez les aliénés).* Thèse, 64 p., 1906. Bordeaux.

Meigné. *Contribution à l'étude des psychoses d'insolation.* Thèse, 92 p., 1906. Bordeaux.

EXTRAITS

Burr C. B. *Presidential Adress. The Physician as a Character ni Fiction,* 1 br., 26 p., extr. de « American Journal of Insanity », n° 1, Juillet 1906.

Durante (G.). *Les transformations morphologiques du tube nerveux (neuroblaste segmentaire),* 1 broch., 9 p., extr. de la « Revue Neurologique », n° 18, 30 Septembre 1906, Masson et Cie, Paris.

Lagriffe (Lucien). *La nouvelle loi militaire, dite loi de deux ans, et le personnel secondaire des asiles d'aliénés,* 1 broch., 7 p., extr. des « Archives de Neurologie », Mars 1906, Paris.

Marie (A.). *Mysticisme et folie (Etude de psychologie normale et pathologique comparée),* 1 broch., avec fig., 52 p., extr. de l'ouvrage du Dr Marie, Etudes économiques et sociales publiées avec le concours du Collège libre des sciences sociales, 1906, V. Giard et E. Brière, Paris.

Massalongo (R.), Danio (G.), et **Zambelli (G.).** *Epilessia e dieta acloruratа,* 1 broch., 4 p., extr. de la « Rivista critica di clinica medica Anno VII, N. 17 », 1906, Firenze.

Supplément à la Revue de Psychiatrie. Décembre 1906

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE MENSUEL

DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

FRANCE

Annales Médico-Psychologiques (1906, 9e s., t. IV, Novembre-Décembre).

Babel (A.). Anomalies observées dans les rapports sociaux 369-378. **De Clérambault**. Sur un cas de délire collectif où figure un paralytique général, 378-408. **Rodiet (A.)** et **Cans (F.)**. Diagnostic différentiel des troubles cérébraux d'origine toxique dus à l'alcool et au tabac, et de la paralysie générale, d'après les symptômes oculaires, 408-421. **Adam (A.)**. Des établissements d'aliénés, d'idiots et d'épileptiques. Du rôle du médecin dans ces établissements (suite et fin), 421-431. **Kovalevsky (P.)**. Type mongol de l'idiotie, 431-440.

Archives de Neurologie (1906, 28 an., v. XXII, n° 130, Octobre).

Marandon de Montyel (E.). La folie gemellaire, 241-266. **Vaschide (N.)**. Les poisons de l'intelligence, les cœfficients psychiques du brome, 266-287. **Marie** et **Rolet**. La tuberculose dans les asiles d'aliénés, 287-303.

Bulletin Médical (Le) (1906, 20e an.).

Ballet (Gilbert). Les affections qu'on confond souvent avec la neurasthénie. Nécessité d'un diagnostic précis préalable pour instituer un traitement rationnel. N° 88, 10 novembre, 983-986.

Bulletin et Mémoire de la Société Médicale des hôpitaux de Paris (1906, 23e an.).

Moutier (François). Examen nécropsique d'un cas d'aphasie de Broca. N° 30, 1er novembre, 1018-1020.

C.-R. Hebd. Des séances de la Société de Biologie (1906, t. LXI).

Féré (Ch.). Note sur l'abduction dans l'extension du petit doigt. N° 30, 2 novembre, p. 320.

Presse Médicale (La) (1906, XIVe an.).

Hartenberg (P.). La névrose d'angoisse. N° 88, 3 novembre, 704-705. **Déjerine (J.)**. A propos de la localisation de l'aphasie motrice. N° 92, 17 novembre, 742-743.

Revue de Médecine (1906, 26e an., n° 11, 10 Novembre).

Raviat (G.), **Privat de Fortunié (J.)** et **Lorthiois (M.)**. Symptômes oculaires de la paralysie générale, leur valeur diagnostique aux diverses périodes de cette affection, 899-948.

Revue Neurologique (1906, XIVe an.).

Bouchaud. Un cas de main de prédicateur chez un paralytique général. N° 20, 30 octobre, 917 924. **Noica (D.)**. Réflexes osseux. N° 21, 15 novembre, 969-977. **Robert** et **Fournial**. Le réflexe de Babinski dans les ictus épileptiformes et apoplectiformes de la paralysie générale, 977-982. **Brissaud** et **Régis**. A propos des rapports du traumatisme et de la paralysie générale, 982-986.

Revue philosophique (1906, 31e an., n° 11, Novembre).

Bos (C.). Des éléments affectifs de la conception, 467-482.

ALLEMAGNE

Centralblatt für Nervenheilkuade und Psychiatrie (1906, XXIX. Jahrgang).

Lukacs (Hugo). Spasmus progrediens (Torticollis mentalis). N° 224,

1er november, 829-832. **Finckh** (J.). Die psychischen Symptome bei Lues. N° 225, 15 november, 865-872. **Schaikewiez**. Ueber Geisteskrankheiten im russischen Heer während des russisch-japanischen Krieges. 872-875. **Stieda (Wilh).** Ueber Geisteskrankheiten im russischen Heer während des russisch-japanischen Krieges. 875-880. **Fauser** (**A.**). Zur Kenntnis der Mélancholie, 880-886.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift (1906, Achter-Jahrgang).

Riklin (**E.**). Beitrag zur Psychologie der kataleptischen Zustände bei Katatonie. N° 32, 3 november, 287-290. **Jach** (**E.**). Laevulosurie und Paralyse, 291-292. **Zingerle** (**H.**). Beitrag zur forensischen Bedenting von Erinnerungsfälschungen. 292-296. **Riklin** (**E.**). Beitrag zur Psychologie der kataleptischen Zustände bei Katatonie. N° 33, 10 november. 299-304. **Zingerle** (**H.**). Beitrag zur forensischen Bedeutung von Erinnerungfälschungen. 304-308. **Weber** (**L. W.**). Zur Technik der grossen Gehirnschnitte. N° 34, 17 november, p. 311-316. **Bleuler** (**E.**). Freud'sche Mechanismen in der Symptomatologie von Psychosen. 316-318. **Bleuler** (**E.**). Frud'sche Mechanismen in der Symptomatologie von Psychosen. N° 35, 24 novembre, 323-325. **Hess** (**Eduard**). Die gesetzliche Schadenersatzpflicht der geschäftsunfähigen heimlichen Geisteskranken, 325-329.

BELGIQUE

Bulletin de la Société de Médecine mentale de Belgique (1906, n° 129, Octobre).

D'Hollander (**Fernand**). Notes préliminaires sur un cas d'aphasie-apraxie. 295-306. **De Moor** (**L.**) et **Duchâteau** (**J.**). Les aliénés dissimulateurs, 306-334.

Journal de Neurologie (1906, 11e an.).

Dupureux. L'application de la recherche des tests mentaux de Binet chez les enfants des écoles communales de Gand. N° 21, 5 novembre. 555-562. **Soukhanoff** (**Serge**). De la confusion mentale aiguë et de ses particularités chez les soldats russes. N° 22, 20 novembre, 569-576. **Laruelle** (**L.**). Ponction lombaire et cyto-diagnostic. Importance de la numération. 576-578.

BRÉSIL

Archivio Brasileiros de Psychiatria Neurologia (1906, Anno II, n° 2, Junho).

Mauricio de Medeiros. Notas de um anti-alcoolista. 149-166.

ITALIE

Rivista Sperimentale di Freniatria (1906, v. XXXII, Fac. III-IV).

Besta. Ricerche sopra la pressionne sanguigna, il polso, e la temperatura degli épilettici. 460-488. **Sala**. Sull'anatomia patologia dell'epilessia. 488-513. **Pighini**. Il ricambio organico nella demenza précoce. 513-577. **Lussana**. La funzione dei canali semicircolari. 577-642. **Ibba**. Citolisine termolabili e coctostabili nel sangue dei psicopatici. 642-665. **Besta**. Sopra il significato e la frequenza delle manifestazioni emilaterali nell'epilessia essenziale. 665-725. **Scarpini**. Sulle alterazioni delle cellule nervose nell'ipertermia sperimentale, studiate con i metadi di donnagio. 725-737. **Lugiato**. e **Ohanessian**. La pressionne sanguigna nei malati di mente. 737-776 **Ugolotti**. Sulle vie piramidali dell'unomo. 776-803. **Balli**. Lesioni del reticolo neurofibrillare endocellulare in mammiferi adulti totalmente o parzialmente privati colla temperatura. 803-813. **Ricci**. Studio critico sopra 393 casi di epilessia. 813-837. **Cerletti e Perusini**. Il problema antropometrico nel cretinismo endemico. 837-859. **Pighini**. La criminalita negli stadi iniziali della demenza précoce. 859-899. **Medea**.

Contributo allo studio delle fine altérazioni della fibra nervosa nella neurite parenchimatosa degenerativa sperimentale. 899-920. **Gosio.** Circa il reperto fenolico nelle culture di taluni aspergilli e penicilli. 920-926. **Gourewitch.** Contribution à l'étude de la résistance du réseau fibrillaire des cellules nerveuses de la moëlle épinière des lapins adultes. 926-930. **Cerletti.** Le recenti ricerche sull'anatomia patologica della paralisi progressiva. 931-943.

ETATS-UNIS

Alienist and Neurologist (The) (1906, vol. XXVII, n° 4, November).

David S. Booth. Coitus Interruptus and Coitus Reservatus as Causes of Profound Neuroses and Psychoses. 397-407. **Charles H. Hugues.** The Non-Reason Founded phobias of Neurasthenia. 407-414. **Havelock Ellis.** Erotic Symbolism. 414-428. **Kiernan (J.).** Illinois légal procédure in Marriage Annulment for Prior Insanity. 428-438. **Hariet Alexander (C. B.).** Is specialism a Psychic Advance or a Retrogression ? 438-452. **Charles (H.), Hugues.** Psychiatry and Neuriatry in the Médical Press. 452-461. **James (G.) Kiernan.** Mixoscopic Adolescent survivals in Art, Literature and Pseudo-Etchics. 461-474. **Albert Ashmead (S.).** Some Psychological Studies in Man's Moral Evolution. 474-479.

American Journal of Insanity (The) (1906, vol. LXIII, n° 2, October).

Langdon (F. W.). Paresis : A Research Contribution to its Bacteriology. 167-177. **Bancroft (Charles R.).** Women Nurses on Wards for Men in Hospitals for the Insane. 177-191. **Tuttle (George T.).** The Male Nurse. 191-205. **Woodson (C. R.).** Night Nurses for the Insane. 205-209. **Lane (Edward B.).** The Training School in the Insane Hospital. 209-216.

American Journal of Psychology (The) (1906, vol. XVII, n° 4, October).

Alma Bell and Loretta Muckenhoupt. A comparison of Methods for the Determination of Ideational Type. 121-126. **Madison Bentley.** The Psychology of Organic Movements. 293-305. **Alvin Borgquist.** Crying. 149-205. **Charles E. Browne.** The Psychology of the simple Arithmetical Processes. 1-37. **Alexander F. Chamberlain.** Acquisition of Written Language by Primitive Peoples. 69-80. **Alexander F. And Isabel C. Chamberlain.** Hypnagogic Images and Bi-vision in Early Childhood. 272-273.

Ferree (C. E.). An Experimental Examination of the Phenomena Usually Attributed to Fluctuation of attention. 81-120. **Eugenia Foster** and **E. A. Mc. C. Gamble.** The Effect of Music on Thoracic Breathing. 406-414. **Shepherd Ivory Frantz.** The Time of Some Mental Processes in the Retardation and excitement of insanity. 38-68. **E. A. Mc. C. Gamble** and **Eugenia Foster.** The effect of Music on Thoracic Breathing. 406-414. **Arnold L. Gessell.** Accuracy in Handwriting as Related to School Intelligence and Sex. 394-405. Jealousy. 437-496. **Hayden (E. A.).** Memory for Lifted Weights. 497-521. **Samuel Perkins Hayes.** A Study of the Affective Qualities. 358-393. **Hollands (Edmund).** Wundt's Doctrine of Psychical Analysis and The Psychical Elements, and Some Recent Criticism. 206-226. **Porter (P. James).** Further Study of the English Sparrow and Other Birds. 248-271 : The Habits Instiacts and Mental Powers of Spiders, Genera. Argiope and Epeira. 306-357. **Shepard (John F.).** Organic Changes and Feeling. 522-584. **Harrison Towrs (Clara).** The Kinaesthetic Element in Endophasia and Auditory Hallucination. 127-133. The Negative Aspect of Hallucinations. 134-136.

Journal of Nervous and Mental Disease. The, 1906, vol. 33, n° 11, November.

Walton (J. L.). The Cerebral Element in the Reflexes, and Its Relation to the Spinal Element, 68, 692. **Cushing Harvey**. Sexual infantilism with optic Atrophy in Cases of Tumor Affecting the Hypophysis Cerebri, 704-716.

Psychological Bulletin. The, 1906, vol. III, n° II, 15 November.

O'Shea (M. V.). Tendencies in Child and Educational Psychology, 357-363.

Psychological Review. The, 1906, XIII, n° 6, Nov.

Pitkin (W. B.). Reasons for the Slight Esthetic Value of the «Lower» Senses, 363-378. **Wyczolkowska A.**. A Study of certain phenomena Concerning the Limit of Beats, 378-388. **Baldwin J. Mark**. Introduction to Experimental Logic, 388-395.

EXTRAITS

ETATS-UNIS

Burr C. B.. *Presidential Address: The Psychopathic as a Character in Fiction.* 1 Br. 26 p. Extrait de *American Journal of Insanity*, vol. LXIII, n° 1, July 1906.

Jung C. G.. *Diagnostische Assoziationsstudien. IV. Über das Verhalten der Reaktionszeit beim Assoziationsexperiment.* 1 Br. 36 p. Extrait du «Journal für Psychologie und Neurologie», 1905. Band VI. Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

LIVRES REÇUS

Cazin Albert-Emile. *Etude medico-legale sur la valeur du témoignage du vieillard.* 1 broch., 173 p., 1906. A. Buvignier, Nancy. Prix : 3 fr. 50.

Ingegnieros (J.). *Le langage musical et ses troubles chez les hystériques*, 1 vol., 208 p., 1907. Félix Alcan. Prix : 6 francs.

Ingegnieros (J.). *Les prétendus symptômes de l'hémiplégie hystérique*, 1 broch., 20 p., extr. de «La Presse Médicale», n° 14, 17 Février 1906. Masson, Paris.

Ingegnieros (J.). *Nuova classificazione dei delinquenti fondata sulla psicopatologia*, 1. broch., 12 p., 1906.

Orth (H. L.), Gillette (C. W.), Wesley Awl (J.), Livingston (J. B.). *Fifty-fifth annual report of the State lunatic hospital at Harrisburg, Penna, for the year ending September 30, 1905*, 1 broch., 64 p., 1906, Harrisburg.

Report on the Disaster which befell Agnews State Hospital by Medical Superintendent Dr. **Leonard Stocking**, 1906, April 18. 1 Br. 14 p. Agnew California.

Sixth Annual Report Medical Superintendant Dannemora State Hospital. 1 Br. 18 p. 1905. 30 September, Dannemora, N. Y.

Antonini G.. *Sui progressi dell'assistenza degli alienati in Italia.* 1902-1905. II° Congresso per l'assistenza degli alienati. Milano-September 1905.

Rignano (Eugenio). *Sur la transmissibilité des caractères acquis. Hypothèse d'une centro-épigénèse.* 1 vol. de la Bibliothèque de Philosophie contemporaine. 320 p. 1906. Alcan, Paris.

Roxo (H.). *Molestias Mentaes e Nervosas. Aulas professadas durante o anno lectivo de 1905.* 1 vol. 321 p. 1906. Rio de Janeiro.

Viteman (André). *Le régime déchloruré dans l'épilepsie.* Thèse de la faculté de médecine de Paris. 1 Br. 89 p. 1906. Jules Rousset. Paris.

a'